

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N^o 338

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 11 mai 1898, à 1 heure

Par ISIDORE LUSTGARTEN

Né à Bucarest, le 29 août 1869

Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance Publique

LES MANIFESTATIONS NERVEUSES

DE

LA BLENNORRHAGIE

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. POTAIN, professeur.

WIDAL,

GILLES DE LA TOURETTE,

} agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

Année 1898

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 11 mai 1898, à 1 heure

Par ISIDORE LUSTGARTEN

Né à Bucarest, le 29 août 1869

Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance Publique

LES MANIFESTATIONS NERVEUSES

DE

LA BLENNORRHAGIE

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. POTAIN, professeur.

WIDAL,
GILLES DE LA TOURETTE, } *agregés.*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen M. BROUARDEL.
Professeurs MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAX.
Clinique ophtalmologique.....	BERGER.
Clinique des voies urinaires.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	{ GUYON.
	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRÉ.	GILLES DE LA TOURETTE	NELATON.	THOINOT.
BAR.	GLEYS.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	POIRIER, Chef de tra-	VARNIER.
BROCA.	HEIM.	vauz anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
Pierre DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES TRÈS CHERS PARENTS

A MES FRÈRES ET SOEURS

A M. LE DOCTEUR GILLES DE LA TOURETTE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN DE L'HOPITAL ST-ANTOINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Mon cher Maître,

J'ai eu la bonne fortune d'être votre interne pendant ma dernière année d'études et j'ai pu de la sorte profiter de vos excellentes leçons cliniques ; c'est grâce à vous que j'ai acquis des notions sur les maladies du système nerveux, vous m'avez suggéré l'idée de ce travail et toujours témoigné la plus grande bienveillance.

Permettez-moi, mon cher maître, de vous dédier mon travail inaugural et de vous exprimer ici l'assurance de mon affection et de ma plus profonde reconnaissance.

LUSTGARTEN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. FOURNIER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HOPITAL ST-LOUIS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES

Que mes maîtres reçoivent le témoignage de ma reconnaissance la plus vive et de mon affection la plus respectueuse pour l'honneur qu'ils m'ont fait en m'acceptant comme élève et pour les leçons que j'ai reçues d'eux.

A MES MAITRES EN CHIRURGIE

M. LE PROFESSEUR GUYON

(1^{re} année d'externat).

M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ QUÉNU

(5^e année d'externat).

MM. LES PROFESSEURS-AGRÉGÉS ALBARRAN ET SÉBILLEAU

A MES MAITRES EN MÉDECINE

M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY

(Stage de 15 mois).

M. LE DOCTEUR HIRTZ

M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ GILBERT

(2^e année d'externat).

M. LE PROFESSEUR LANDOUZY

(3^e année d'externat).

M. LE DOCTEUR MOIZARD

(4^e année d'externat).

M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ GILLES DE LA TOURETTE

M. LE DOCTEUR FLORAND

M. LE DOCTEUR VARIOT

M. LE DOCTEUR DUFLOCQ

(Internat provisoire).

Tous nos remerciements à M. le Docteur Brocq dont nous avons suivi le service pendant deux ans et à qui nous devons nos connaissances en dermatologie ; ainsi qu'à MM. les Docteurs Queyrat et Legueu.

Que MM. les Professeurs Kalindéro, Bouicli et Toma Jonnesco de Bucarest veuillent bien recevoir tous nos remerciements pour leur bienveillante attention à notre égard.

AVANT-PROPOS

La question des manifestations nerveuses de la blennorrhagie est de date récente ; les anciens auteurs avaient déjà publié un certain nombre d'observations, mais elles étaient éparses et peu nombreuses et considérées ou comme des simples coïncidences, ou comme un acte réflexe pur et simple. « Lorsqu'il s'agit de savoir si le système nerveux est touché par la blennorrhagie, le plus grand nombre d'auteurs soutient que la blennorrhagie peut apporter des modifications d'ordre dynamique sur le système nerveux, sans qu'il y ait rien de spécial dans le mode de production de ces modifications que l'on peut assimiler entièrement à celles que détermine le traumatisme articulaire, sans qu'il y ait lieu de l'interpréter autrement que par un acte réflexe pur et simple » (SOUPLET, Th. Paris, 1893, p. 70).

On sait que depuis quelques années on s'est spécialement occupé des manifestations nerveuses survenant au cours de la blennorrhagie et nombreux sont les travaux et les mémoires qui ont trait à ce sujet.

Les accidents cérébraux, la méningo-myélite, les névrites, les troubles des organes des sens, les déterminations cutanées ont été étudiés les uns après les autres : nous avons eu nous-même l'occasion d'observer plusieurs malades atteints de névrites périphériques blennorrhagiques, dans le service de notre maître M. le professeur-agrégé Gilles de la Tourette.

La multiplicité des faits, les conditions dans lesquelles ces complications se sont montrées, leur évolution clinique ne permettent plus de considérer ces accidents comme de simples coïncidences ou comme des actes réflexes, mais bien comme des manifestations de l'infection générale blennorrhagique sur le système nerveux, déterminées soit par le gonocoque soit le plus souvent par sa toxine.

Il nous a paru donc intéressant, sur le conseil de notre maître, de réunir dans un seul travail toutes les manifestations nerveuses de la blennorrhagie et cela d'autant plus qu'on n'a pas encore fait une thèse d'ensemble sur cette question.

Nous n'avons pas la prétention d'élucider complètement ce sujet, nous nous contenterons d'exposer la partie clinique surtout.

Division du sujet.

Dans l'étude de notre travail nous diviserons en sept chapitres, les différentes manifestations nerveuses de la blennorrhagie :

- 1° Accidents cérébraux ;
- 2° Accidents médullaires ;
- 3° Névroses ;
- 4° Névrites périphériques ;
- 5° Névralgies ;
- 6° Troubles des organes des sens ;
- 7° Déterminations cutanées.

En ce qui concerne les accidents cérébraux nous tâcherons de donner une description clinique basée sur les faits signalés par différents auteurs et nous publierons toutes les observations que nous avons pu nous procurer.

A propos des accidents médullaires, nous montrerons qu'un certain nombre d'observations publiées sous ce titre doivent prendre leur place ailleurs, nous montrerons quelles sont, d'après nous, les affections avec lesquelles on peut confondre la méningo-myélite blennorrhagique. Nous publierons les cas de méningo-myélite qui doivent conserver ce nom.

Nous montrerons au chapitre des névroses, que les névroses générales seules rentrent dans le domaine que nous traitons.

Le chapitre des névrites périphériques sera suivi de nos observations personnelles, de toutes celles qui ont été déjà publiées et qui doivent conserver ce nom. Nous insisterons

sur l'importance du diagnostic, qui comporte en lui le pronostic et le traitement ; nous ne craignons pas de nous occuper longuement du traitement que nous avons préconisé avec notre maître, M. le professeur Gilles de la Tourette, et cela d'autant plus que cette partie, d'une importance si capitale, nous paraît négligée par la plupart des auteurs.

Les chapitres concernant les névralgies, les troubles des organes des sens et les manifestations cutanées ne seront pas suivis des observations qui s'y rapportent car elles ne prêtent à aucune discussion et sont signalées dans des thèses publiées récemment.

CHAPITRE PREMIER

Accidents cérébraux de la blennorrhagie.

Historique. — Mentionnés pour la première fois par Ricord (1), admis avec réserve par le professeur Fournier, les accidents cérébraux de la blennorrhagie ont été étudiés successivement par Tixier (2), qui publie un cas de méningite, par Bourdon (3) (un cas de délire), Vidart (4) (un cas d'apoplexie et deux cas de folie). Bonnet, dans sa thèse de 1877, sur les complications cérébrales du rhumatisme blennorrhagique réunit toutes les observations publiées jusqu'à lui et signale un cas de délire au cours de la blennorrhagie.

Tout récemment, le professeur Venturi (5) décrit en se basant sur 17 observations personnelles, une forme particulière de folie, qu'il appelle hébéphrénie ; un an plus tard, il signale 3 cas de folie blennorrhagique survenue chez l'adulte.

Le Dr Cullerre (6) dans les *Annales médico-psychologiques* de 1894 fait la critique des cas de Venturi, et signale deux cas de folie blennorrhagique. Enfin Pitres (7) et Tambourer (8) publient 3 cas d'embolie au cours de la blennorrhagie.

(1) RIGORD, *Société médicale des hôpitaux*, 1866.

(2) TIXIER, Thèse de Paris, 1866.

(3) BOURDON, *Gazette des hôpitaux*, 1868.

(4) VIDART, Thèse de Paris, 1875.

(5) VENTURI, Blennorrhagie et troubles mentaux. *Riforma med.*, 1894, n° 95 et 96, p. 230 et 243.

(6) Dr CULLERRE, *Vendée médicale*, 1^{er} mai 1894.

(7) PITRES, Accidents cérébraux au cours de la blennorrhagie. *Revue de neurologie*, 1894, 15 août, p. 441.

(8) TAMBOURER, *Soc. neurologique et de psychiatrie de Moscou*, 21 janvier 1894.

Étiologie. — Les accidents cérébraux de la blennorrhagie sont rares par rapport aux autres complications, les cas cités dans la science s'élèvent au nombre de trente-cinq.

Aucun âge n'est à l'abri de ces complications, et si les hébéphrénies se voient surtout entre 17 et 23 ans, les autres manifestations cérébrales peuvent s'observer à un âge beaucoup plus avancé (Cullerre un cas de folie à 43 ans, Venturi un cas à 59 ans, cas de Vidart, 38 ans, cas de Pitres, 59 ans). C'est surtout le sexe masculin qui est atteint, mais le sexe féminin paye aussi son tribut. L'époque d'apparition varie de quelques jours à 5 ou 6 mois, cette apparition tardive se voit, surtout dans les cas d'hébéphrénies.

Les accidents cérébraux surviennent tantôt au cours d'une blennorrhagie accompagnée d'autres complications surtout articulaires, tantôt au cours d'une blennorrhagie simple non compliquée. Venturi, sur 17 cas d'hébéphrénies n'a constaté de complications du côté des séreuses articulaires ou splanchniques que chez un de ses malades.

Dans un grand nombre de cas, on note des antécédents nerveux dans le passé des malades.

Pathogénie. — La pathogénie des accidents cérébraux de la blennorrhagie, est à peine à l'état d'ébauche, et jusqu'à ces dernières années on ne considérait les cas publiés que comme de simples coïncidences. Bonnet, en 1877, assimilait le rhumatisme blennorrhagique au rhumatisme ordinaire et voyait dans les troubles cérébraux comme dans les déterminations sur les séreuses cardiaques et pleurales, de simples complications de nature rhumatismale.

Pour Venturi, la folie blennorrhagique est le résultat d'une arachnoïdite, avec épanchement séreux provoqué par le go-

nocoque, pour lui le mode d'invasion de l'hébéphrénie blennorrhagique, sa marche progressivement ascendante suivie d'un déclin lent et régulier, jusqu'à complète guérison donne clairement l'idée d'une maladie à décours cyclique et concorde parfaitement avec la manière progressive et graduée dont s'accumule et disparaît la sérosité dans une cavité articulaire.

Il ajoute plus loin « avec les théories modernes, on peut admettre qu'il s'agit d'infection blennorrhagique localisée au siège d'origine et comme preuve la guérison de la folie arrive souvent de pair avec la guérison de l'infection locale ; mais on peut admettre aussi qu'il s'agit de véritables lésions matérielles inflammatoires ».

Pour le Dr A. Cullerre (1), l'opinion de Venturi, c'est-à-dire l'opinion d'un épanchement séreux sous-arachnoïdien, ne doit être accepté qu'avec réserve, car la moindre conséquence d'un tel fait aussi minime qu'on veuille le supposer serait une déchéance irrémédiable de l'organe cérébral et la démence ; mais il ajoute plus loin (page 293, *loc. cit.*) : les observations de Venturi ne sont pas moins intéressantes et contribuent dans une large mesure à démontrer l'existence d'un rapport réel entre l'infection blennorrhagique et la folie ; il considère les cas qu'il a publiés comme des cas de psychoses infectieuses analogues à ceux qu'on voit dans les autres maladies infectieuses aiguës tels que fièvre typhoïde, pneumonie, fièvre puerpérale, etc.

Tambourer (*loc. cit.*) à propos d'une observation que nous publierons plus loin, croit qu'il s'agit d'une embolie gono-

(1) A. CULLERRE, *Annales médico-psychologiques*, 1894, p. 291, 298.

coccique ayant produit les accidents cérébraux qui ont entraîné la mort de son malade.

Le professeur Pitres de Bordeaux (*loc. cit.*) à propos de ses deux observations fait la remarque suivante :

Je n'ajouterai à ces faits aucun commentaire. Lorsque je les ai observés, à quelques jours d'intervalle je fus très frappé, de la coexistence d'une chaudepisse aiguë et d'une hémiplégie chez deux malades dont l'un au moins était à un âge et dans des conditions générales de santé qui rendaient très difficile l'explication de son hémiplégie par les causes habituelles de ce syndrome, plus loin il dit :

Si les observations d'hémiplegies co-blennorrhagiques venaient à se multiplier, il faudrait bien en tenir compte, et peut-être serait-on ainsi amené à reconnaître que la chaudepisse peut donner lieu à des ramollissements cérébraux.

Symptômes. — On peut, au point de vue clinique, conserver l'ancienne classification de Bonnet et grouper les manifestations cérébrales de la blennorrhagie sous quatre formes différentes, à savoir :

- 1^o Forme délirante ;
- 2^o Forme de folie ;
- 3^o Forme méningitique ;
- 4^o Forme apoplectique.

A. FORME DÉLIRANTE. — « Le délire qui complique le rhumatisme blennorrhagique rappelle assez bien le délire nerveux qu'on rencontre dans un grand nombre de maladies aiguës et fébriles » (Bonnet). Il paraît subitement le soir ou pendant la nuit ; c'est un délire calme, tranquille, qui disparaît le matin pour revenir le soir ou dans la nuit suivante ; il disparaît à la fin sans laisser de traces. Dans d'autres cas,

le délire est loin d'être aussi bénin : il éclate brusquement avec une grande violence, l'agitation du malade est à son comble, il se lève, il s'agite sans paraître ressentir la moindre douleur, puis bientôt au délire succède le coma, quelquefois aussi des accès convulsifs au milieu desquels le malade ne tarde pas à succomber (Bonnet, *loc. cit.*).

B. FOLIE. — Cette forme peut revêtir des aspects très différents :

Tantôt le malade est pris de délire qui affecte bientôt le caractère de l'aliénation mentale ; il a des hallucinations, des illusions, il est en proie à des conceptions délirantes ; il peut présenter en même temps des symptômes d'excitation ou au contraire une dépression plus ou moins manifeste.

Tantôt la folie blennorrhagique prend le caractère de manie, de lypémanie, de pseudo-paralysie générale et même de véritable démence.

Tantôt enfin la folie blennorrhagique revêt la forme hébéphrénique de Venturi. (Par le mot d'hébéphrénie Venturi entend tous les cas de folie qui développés chez des jeunes gens de 17 à 23 ans, ne relèvent d'aucune prédisposition connue, neurasthénie, dégénérescence héréditaire, etc.) Cette forme peut se montrer de un à cinq ou six mois après la blennorrhagie ; elle prend le plus souvent l'aspect clinique de la stupidité, et parfois de la manie avec ou sans fureur ; la manie s'accompagne d'hallucinations et d'un trouble profond de l'idéation. L'hébéphrénie se termine généralement par la guérison qui survient de quelques semaines à deux ou trois mois après la cessation de l'écoulement.

C. FORME MÉNINGITIQUE. — La méningite survient d'ordi-

naire vers le quinzième jour et coïncide le plus souvent avec une diminution de la phlogose articulaire. Elle peut être précédée de prodromes, tels que : malaise, insomnie, agitation, etc. ; d'autres fois le début est brusque et le malade est pris subitement de délire dont la forme varie, tantôt bruyant et violent, tantôt calme et tranquille. On observe en même temps des convulsions générales ou partielles, des mouvements tétaniques, épileptiformes, quelquefois même choréiformes.

L'ensemble de ces symptômes constitue la période d'excitation, période dont la durée est variable et qui s'accompagne de rémissions et d'exacerbations successives.

La période d'excitation est suivie d'une période de dépression, le délire cesse, le malade tombe dans le coma et la mort peut venir terminer la scène dans la plupart des cas.

D. FORME APOPLECTIQUE. — Dans cette forme on peut observer des prodromes tels que céphalée, vertige, délire, etc. ; d'autres fois elle débute brusquement sans prodromes par un coma profond accompagné d'hémiplégie et parfois de convulsions et se termine par la mort.

Diagnostic. — Le diagnostic des accidents cérébraux de la blennorrhagie ne nous arrêtera pas longtemps ; nous dirons seulement que lorsque chez un malade, ayant ou ayant eu quelque temps avant, une blennorrhagie, on constatera une des modalités cliniques que nous venons d'étudier, et qu'on ne trouvera aucune autre cause étiologique, dans ce cas il ne faudra pas oublier que la blennorrhagie est capable de produire de pareils méfaits.

Pronostic. — Le pronostic des manifestations cérébrales de la blennorrhagie, varie avec la forme, bénin dans les cas

de folie, sérieux dans la forme délirante, il est grave dans le cas de méningite et fatal dans la forme apoplectique.

Traitement. — Le traitement ne comporte aucune indication spéciale ; il est purement symptomatique. On aura toujours soin de traiter la blennorrhagie uréthrale, car nous avons vu que les hébéphrénies par exemple, disparaissent le plus souvent avec la guérison de l'urétrite.

CHAPITRE II

Méningo-myélite.

Historique. — L'histoire de la méningo-myélite est à peine ébauchée, et cela à cause de la rareté des accidents spinaux comparée à la fréquence des autres complications de la blennorrhagie. « On trouve cependant dans la littérature médicale des observations déjà anciennes, mais elles sont publiées sous un autre titre » (1).

Dans le mémoire de Leroy d'Etiolles sur les paraplégies urinaires, on pourrait dans plusieurs cas invoquer la blennorrhagie comme cause de la paralysie.

Stanley (2) en 1883 et Gull (3) en 1856 publient des observations de paraplégies survenues dans le cours d'une blennorrhagie, mais n'ayant trouvé à l'autopsie que des lésions inflammatoires de la moelle ils regardent les accidents comme d'origine réflexe ; nous verrons ce qu'il faut penser de cette manière de voir quand nous aurons à nous occuper de la pathogénie.

En 1866, dans les séances de la Société médicale des hôpitaux, Ricord et Pidoux rapportent chacun une observation de malades atteints de blennorrhagie, et ayant présenté des

(1) J. BARIÉ, Thèse de Paris, 1894.

(2) STANLEY, *Medic. chirurg. Transact.*, vol. XVII, 1833, p. 260.

(3) GULL, *Medic. chirur. Transact.*, vol. XXXIX, 1856, p. 200.

accidents paraplégiques, qu'on ne pouvait attribuer à une autre cause que la gonorrhée, mais ils n'osent pas prononcer le nom de myélite blennorrhagique.

En 1881 Tixier (1) rapporte une observation de méningo-myélite et Bonnet (2) des observations qui se rattachent à la myélite blennorrhagique ; mais ce n'est qu'en 1888 que Hayem et Parmentier (3), se basant sur six observations, dont deux personnelles, publient un travail d'ensemble et considèrent les accidents spinaux, comme une localisation exceptionnelle mais incontestable de l'infection blennorrhagique. En 1889 Dufour (4) fait sa thèse inaugurale sur le même sujet. Il signale les observations de Stanley et Gull, de Chavier et Février, et ajoute une observation personnelle. Souplet (5) et Patoir (6) dans leur thèse sur la blennorrhagie « maladie générale » consacrent un chapitre important à la méningo-myélite blennorrhagique. A côté de ces travaux d'ensemble, des observations isolées ont été publiées, tant en France qu'à l'étranger : en France par Rochet de Lyon (7), Raynaud (8) et à l'étranger par Trapeznikow (9), Polozoff (10), Reimers de Hambourg, Stiénon, Lang (11), etc.

(1) TIXIER, *Considérations sur certaines complications du rhumatisme blennorrhagique*. Thèse de Paris, 1866.

(2) BONNET, *Des complications cérébrales du rhumatisme blennorrhagique*. Thèse de Paris, 1877.

(3) HAYEM et PARMENTIER, *Revue de médecine*, 1888, p. 433.

(4) DUFOUR, Thèse de Paris, 1889.

(5) SOUPLET, Thèse de Paris, 1893.

(6) PATOIR, Thèse de Lille, 1895.

(7) ROCHET (de Lyon), *Congrès français de chirurgie*, 1891, p. 529.

(8) RAYNAUD, *Manifestations spinales et névroses dans la blennorrhagie*, 1892, p. 183.

(9) TRAPEZNIKOW, *Wratch*, 1891, p. 22.

(10) POLOZOFF, *Rousk. medyc.*, 1891, p. 264, 7.

(11) LANG, *Soc. vien. de dermat.*, 1893, février, 92.

Étiologie. — Les accidents méningo-médullaires apparaissent généralement vers la troisième ou quatrième semaine d'une blennorrhagie aiguë, très rarement au cours de la blennorrhagie chronique ; dans le cas de Dufour les accidents sont apparus vers le 3^e mois ; tantôt les malades sont à leur première blennorrhagie, tantôt il s'agit de récurrence. — L'écoulement ne présente souvent rien de particulier, si ce n'est qu'il a été mal soigné.

La méningo-myélite peut être la seule complication, mais habituellement elle coexiste avec d'autres manifestations, surtout avec des arthralgies. Ces accidents se voient surtout dans le sexe masculin ; l'âge et les maladies antérieures ne paraissent pas avoir d'influence bien marquée. Le froid, invoqué par quelques auteurs comme cause déterminante, doit être considéré comme cause occasionnelle.

La méningo-myélite blennorrhagique est rare par rapport aux autres complications.

Paul Raymond (1) croit qu'il faut attribuer un rôle important aux antécédents nerveux héréditaires ou acquis, Guiard (2) pense que la tare nerveuse n'a pas d'importance.

Pathogénie. — La pathogénie de la méningo-myélite blennorrhagique a été différemment interprétée suivant les auteurs.

La théorie la plus ancienne est celle qui considère la méningo-myélite comme une paraplégie réflexe, d'origine urinaire. Ces paralysies réflexes admises par Stanley, Macario, Leroy d'Etiolles, Chéron, ont été surtout défendues et étudiées

(1) PAUL RAYMOND, *Complications nerveuses de la blennorrhagie*, 5 sept. 1891.

(2) F. GUIARD, *Complications loc. et génér. de la blennorrhagie aiguë et chronique*, 1898, t. III, p. 465.

par Brown-Séquard (1). Ce dernier explique les paralysies réflexes par la contraction des vaisseaux sanguins de la moelle, car en liant sur des lapins le hile du rein, il déterminait une contracture prolongée des vaisseaux de la moelle et des méninges et ces expériences ont été confirmées par celles de Herzen et surtout de Lewinson (2).

En 1872, Brown-Séquard (3) semble avoir remplacé la théorie de l'anémie spinale réflexe, par celle de l'inhibition, il explique les paraplégies urinaires, comme celles de l'intestin, de l'utérus, etc. en admettant des influences paralysantes parties de ces organes et déterminant la suspension d'action des cellules de la moelle épinière.

Mais, d'une part, le nombre des paraplégies urinaires tendrait à dominer, à la suite des expériences de Gilbert et Lion (4), de Thoinot et Masselin qui créent chez des lapins des paralysies atrophiques, par inoculations du coli-bacille, agent de suppuration des voies urinaires, d'autre part, les observations de méningo-myélite blennorrhagique s'éloignent au point de vue clinique des paralysies urinaires.

Une autre opinion est celle de Charcot et Vulpian qui, s'appuyant sur ce fait que les accidents spinaux sont souvent précédés d'arthropathies, admettent une action réflexe d'origine articulaire. Il s'agirait d'un *processus* analogue à celui que Valtat (5) a signalé dans les arthropathies rhumatismales traumatiques ou autres. On sait en effet qu'avec Velpeau il a

(1) BROWN-SÉQUARD, *Diagnostic et traitement des principales formes des paralysies des membres inférieurs*, 1864, p. 23.

(2) In DUBOIS, *Archiv.*, 1869.

(3) *Soc. de biologie*, 1872.

(4) GILBERT et LION, *Société de Biologie*, 1891.

(5) VALTAT, Thèse de Paris, 1878.

fait des expériences et a montré que l'irritation partie de la jointure malade est transmise par l'intermédiaire des nerfs jusqu'aux cellules de la corne antérieure de la moelle et y produit suivant les cas, tantôt des troubles purement dynamiques, tantôt au contraire des troubles réels allant jusqu'à l'atrophie des cellules des cornes antérieures. Cette théorie réflexe semble confirmée par les expériences de Onanoff et Raymond et de Deroche (1) qui coupent chez un chien les racines postérieures correspondant à un des membres du train postérieur ; ils déterminent ensuite des deux côtés une arthrite du genou ; l'atrophie se développe seulement dans le membre dont les fibres centripètes ont été respectées. L'arthrite peut avoir une certaine influence sur la moelle, le diagnostic de ces amyotrophies réflexes sera discuté dans le chapitre concernant le diagnostic de la méningo-myélite et des névrites périphériques blennorrhagiques, mais cette théorie réflexe ne peut s'appliquer aux cas de méningo-myélite type, car d'une part, l'arthrite manque dans plusieurs observations (Stéphanini, Chavier et Février, Trapeznikow, Polozoff, Stiénon, Rochet), et d'autre part dans les cas où elle existe la paraplégie avec ou sans trouble des sphincters domine et l'atrophie musculaire est reléguée au deuxième plan. En plus les deux observations de Gull et Dufour et celle de Barié qui ont été suivies d'autopsie, ont permis de constater des lésions méningo-médullaires différentes de celles qui pourraient être la conséquence des arthropathies.

Pour le professeur Raymond (2) l'atrophie est le résultat

(1) DEROCHE, *Amyotrophies réflexes d'origine articulaire*. Thèse de Paris, 1890.

(2) *Gaz. médicale de Paris*, 1890, n° 1.

d'une intoxication microbienne ayant porté notamment sur les muscles.

On voit donc que pour les auteurs que nous venons de citer, la blennorrhagie n'agit pas directement sur la moelle. Avec les idées récentes sur la blennorrhagie, on peut admettre une autre interprétation pathogénique et supposer par analogie avec ce qui se voit dans les autres maladies infectieuses, variole, fièvre typhoïde, grippe, diphtérie, etc., que les accidents méningo-médullaires sont dus au gonocoque, à ses toxines ou aux infections secondaires.

Le contrôle bactériologique manque dans la plupart des observations et nous ne connaissons que le cas de Barrié (*loc. cit.*) où l'examen eût été pratiqué, il s'agissait d'une myélite due à une infection secondaire par le staphylocoque. Néanmoins, Barrié considère la myélite comme d'origine blennorrhagique. « On voit dans toutes les maladies infectieuses des complications causées par des agents pyogènes vulgaires, sans que pour cela, on cesse de considérer la complication comme étant sous la dépendance de la maladie principale. »

Symptômes. — La méningo-myélite blennorrhagique peut débiter de deux manières : tantôt elle débute par des frissons, de la fièvre, de la rachialgie, tantôt la fièvre fait défaut et ce sont les phénomènes douloureux qui attirent l'attention. Ces douleurs qui siègent dans les lombes et s'irradient parfois aux membres inférieurs, sont tantôt vives pour empêcher même le repos des malades, tantôt peu marquées, et consistent en une simple courbature qui permet au malade de vaquer à ses occupations. Arrivée à la période d'état, la méningo-myélite blennorrhagique se traduit par les symptômes suivants : paraplégies, troubles sphinctériens, phénomènes douloureux et troubles trophiques.

La paraplégie est un des symptômes le plus fréquent. Généralement, elle s'installe progressivement ; le malade a d'abord de la faiblesse des membres inférieurs, puis elle devient complète, mais parfois elle se généralise dès le début. A côté des cas où la paraplégie est complète, il y en a d'autres, où il n'y a qu'une simple parésie qui rend la marche très difficile.

Les troubles sphinctériens consistent en rétention ou incontinence d'urine et des matières. La rétention d'urine est le symptôme le plus fréquent, elle manque rarement, elle est généralement suivie d'incontinence d'urine et des matières.

Les phénomènes douloureux sont fréquents et consistent en fourmillements dans les membres inférieurs, généralement peu marqués, mais certains auteurs signalent des phénomènes douloureux très violents, comparables parfois aux douleurs fulgurantes de l'ataxie.

A côté des douleurs irradiées dans les membres inférieurs, on voit persister les douleurs lombaires du début qui coïncident parfois avec des douleurs à la pression, au niveau de la région lombaire.

En même temps que les douleurs spontanées, on remarque des troubles de la sensibilité, anesthésie limitée aux membres inférieurs, mais occupant parfois la partie inférieure de la paroi abdominale au-dessous de l'ombilic.

Les réflexes patellaires sont le plus souvent exagérés, et cette exagération des réflexes est accompagnée parfois du phénomène du pied et de la trépidation épileptoïde.

Comme troubles trophiques, on peut observer des phénomènes vaso-moteurs, des œdèmes des membres, de l'hypertrophie des poils, l'atrophie musculaire, et des eschares. L'eschare médiane du sacrum est souvent d'un pronostic fâcheux,

néanmoins on l'a signalée dans des cas moins graves et terminés favorablement.

L'atrophie musculaire occupe une place importante et se trouve signalée dans presque toutes les observations. Avec les phénomènes nerveux coïncident souvent d'autres manifestations de l'infection blennorrhagique, surtout les arthropathies. L'état général est relativement bien conservé dans la majorité des cas. La fièvre peut manquer ; elle est parfois un symptôme de début, d'autres fois elle succède à la paraplégie ; dans ce dernier cas, elle prend une signification très grave ; une élévation marquée de la température a toujours lieu dans les dernières périodes quand la terminaison doit être mortelle.

La terminaison peut être heureuse et le malade peut guérir ; la mort ne survient que dans un tiers des cas. Elle est due le plus souvent à des phénomènes d'infection générale, fièvre, eschare, et le malade succombe dans la cachexie ; elle peut être due à des accidents bulbaires comme dans le cas de Dufour où le malade fut pris des troubles de la déglutition et d'accès de dyspnée ayant amené la mort du malade.

En somme, on voit que le plus souvent il s'agit d'une myélite diffuse dorso-lombaire. Mais tous les cas ne se ressemblent pas et, ainsi que le font remarquer Hayem, Parmentier et Dufour, tantôt ce sont des troubles de la sensibilité qui dominent, tantôt, à la fois, les troubles de la sensibilité et de la motilité, tantôt les troubles moteurs.

Les formes peuvent être légères ou graves, la lésion peut rester localisée à la moelle lombaire, dorso-lombaire, d'autres fois tout l'axe médullaire peut être pris.

Pronostic. — Réservé, mort 6 fois sur 18. La production de l'eschare, l'apparition de la fièvre au cours des accidents,

l'incontinence d'urine, l'extension des accidents aux membres supérieurs qui permet de craindre une myélite ascendante et la possibilité d'accidents bulbaires sont des signes de mauvais augure.

Anatomie pathologique. — Les cas où l'examen anatomo-pathologique a été pratiqué sont rares. Dans toutes les autopsies on a trouvé des lésions macroscopiques évidentes portant soit sur les méninges soit sur la moelle elle-même. Du côté des méninges, on note de la congestion plus ou moins intense, mais les lésions siègent surtout au niveau de l'arachnoïde.

Dans les cas de Stanley et de Barié il y avait une certaine quantité de liquide au-dessous de la dure-mère.

Dans le cas de Dufour une véritable fausse membrane existait au niveau de l'arachnoïde. Pidoux signale une arachnitis spinale avec diffusion purulente dans presque toute la hauteur de la moelle.

Les lésions de la moelle elle-même, sont signalées dans deux observations. Gull a trouvé, au niveau de la moelle lombaire des lésions de la substance blanche et de la substance grise avec existence de cellules granuleuses nombreuses.

Dufour a trouvé des lésions des faisceaux pyramidaux croisés, qui étaient atteints de congestion très nette et de sclérose interstitielle.

Dans le cas de Barrié, le seul où l'examen bactériologique a pu être fait, les microbes n'ont été trouvés qu'au niveau des méninges.

Diagnostic. — Le diagnostic de la méningo-myélite blennorrhagique, facile dans les cas où tous les symptômes se trouvent réunis, devient difficile lorsque les signes sont iso-

lés et peu accentués ; c'est dans ces cas qu'il faudra, par un examen méthodique des malades et par l'analyse minutieuse des symptômes, éliminer toutes les affections qui peuvent prêter à l'erreur avant de porter le diagnostic de méningo-myélite.

C'est ainsi qu'on ne confondra pas la méningo-myélite avec l'arthrite vertébrale comme dans le cas de Vulpian (*Leçons sur les maladies du système nerveux*, p. 123), où plusieurs médecins avaient cru à l'existence d'une méningite spinale, tandis qu'en réalité il s'agissait d'arthrites vertébrales blennorrhagiques avec compression plutôt irritative des racines nerveuses.

Lorsque le début est marqué par des frissons et de la fièvre comme dans le cas de Reimers, on pourrait croire à une méningite cérébro-spinale épidémique ; l'absence de l'hypertrophie de la rate fit rejeter ce diagnostic.

Il ne faudra pas non plus confondre la méningo-myélite avec les atrophies musculaires réflexes, consécutives aux arthrites. Dans ce cas, l'absence de fièvre, des troubles sphinctériens, de phénomènes douloureux et la localisation de l'atrophie au niveau des articulations malades feront faire le diagnostic.

Le diagnostic le plus important sera à faire avec la polynévrite.

La conservation ou l'exagération de la sensibilité, l'absence de troubles sphinctériens et des eschares, la douleur des masses musculaires et des troncs nerveux, les modifications électriques sont en faveur de la polynévrite.

Parfois c'est l'évolution favorable des accidents qui fera faire le diagnostic.

C'est ainsi qu'un malade de Reimers ayant présenté de la

paralysie des membres inférieurs, sans troubles de la sensibilité ni des sphincters avec abolition des réflexes rotuliens, a été considéré comme atteint de polynévrite d'autant plus que la marche des accidents et l'extension ultérieure de la paralysie au larynx auraient pu difficilement s'expliquer par une lésion médullaire.

Après avoir fait le diagnostic de méningo-myélite, il reste à savoir si elle est de nature blennorrhagique, le malade peut arriver à l'hôpital lorsque l'écoulement a complètement disparu ou du moins est très diminué et comme le malade ne croit pas la blennorrhagie capable de tels méfaits, il n'en parle même pas. On arrivera à résoudre cette question en examinant avec soin l'urèthre, en tenant compte des autres accidents généraux possibles d'infection blennorrhagique et des arthropathies.

Traitement. — Le traitement de la méningo-myélite blennorrhagique ne présente rien de spécial ; les douleurs seront calmées par l'application, sur la région lombaire, de ventouses scarifiées, de vessies de glace et de pointes de feu. On tâchera d'éviter la formation de l'eschare sacrée par des soins de propreté et l'emploi de matelas d'eau. Quand elle existe on la pansera antiseptiquement au salol ou à l'iodoforme, pour empêcher qu'elle ne devienne une nouvelle cause d'infection secondaire.

Dans les cas chroniques on aura recours à la révulsion répétée, aux bains de vapeur, aux douches et bains sulfureux.

CHAPITRE III

Névroses.

Les névroses rencontrées au cours de la blennorrhagie peuvent être divisées en deux groupes : les névroses locales et les névroses générales.

Névroses locales. — Elles ont été décrites par Ultzmann (1) et Julien (2) qui admettent trois variétés : une névrose de sécrétion, une névrose de motilité et une névrose de sensibilité.

La plupart des signes, considérés par ces auteurs comme névrose locale, sont dus à l'inflammation du canal urétral et des organes voisins et n'ont par conséquent rien à voir avec l'infection blennorrhagique ; nous ne ferons donc que les mentionner.

La névrose de sécrétion comprend la polyurie, l'uréthrorrhée et la prostatorrhée.

Les névroses de motilité consistent en cysto-spasmes, uréthro-spasmes et faiblesse des sphincters.

Les névroses de sensibilité se manifestent par de l'urétralgie, par de la sensibilité génitale c'est-à-dire par des douleurs qui persistent parfois pendant des mois après la cessation des accidents chez des sujets qui viennent d'être atteints de blennorrhagie, par des sensations variables de fourmillement, de

(1) ULTMANN, *Névroses des organes génito-urinaires*, Paris, 1883.

(2) JULIEN, *Traité pratique des maladies vénériennes*.

picotement, de froid, etc. dans le canal ou les parties avoisinantes.

Ultzmann et Julien considèrent encore comme névrose de sensibilité l'impuissance et l'anaphrodisie qu'on rencontre à la suite de la blennorrhagie.

Névroses générales. — Dans ce groupe on peut faire rentrer la neurasthénie, l'hystérie et la chorée.

La neurasthénie est la plus fréquente de ces névroses. Elle survient chez des individus prédisposés. La blennorrhagie entretient l'état neurasthénique qui à son tour l'augmente et le maintient; « c'est un nouvel exemple de ces cercles vicieux morbides auxquels les névropathies donnent si souvent naissance » (Mathieu) (1). Les blennorrhagiques atteints de neurasthénie sont toujours tourmentés par leur écoulement, et même, lorsqu'il a complètement disparu, ils ne sont pas débarrassés de leur inquiétude. Ils vivent en contemplation devant leur canal, ils passent des heures à chercher à exprimer une goutte de muco-pus. Ils s'affolent de la présence de quelques spirales, de quelques filaments blanchâtres dans le premier jet de la miction. Volontiers ils ont recours aux injections, au cathétérisme, aux remèdes de divers ordres, conseillés souvent par des gens d'une compétence douteuse. Par tout ce qu'ils font, ils augmentent le mal, ils entretiennent la prostatorrhée qu'a laissée derrière lui un écoulement blennorrhagique. La neurasthénie est la conséquence de cet état permanent d'inquiétude chez des névropathes de vocation (Mathieu, *loc. cit.*, p. 91).

L'hystérie est exceptionnelle, nous ne connaissons que deux

(1) MATHIEU, *La neurasthénie*, in Bibl. Charcot-Debove, p. 107.

cas dans la science : celui de Dechambre, qui signale une coxalgie hystérique au cours de la blennorrhagie, et celui de Raynaud dont nous rapportons l'observation à la fin de ce chapitre et à propos de laquelle il fait les réflexions suivantes : « il semble difficile d'admettre une autre cause que l'influence directe de la blennorrhagie sur le développement des crises hystériques chez un sujet n'ayant jamais rien présenté qui puisse être rapporté à cette névrose. On ne peut invoquer ici une cause psychologique pour expliquer l'éclosion de ces phénomènes, car au souvenir de M. X. (docteur en médecine qui a observé le cas sur lui-même) rien n'a pu à cette époque le contrarier ou influencer moralement sur ces crises ».

En ce qui concerne la chorée, Lewin (1) et Litten (2) ont signalé des cas.

Nous terminerons ce chapitre en disant qu'il est peu de maladies disposant plus à la tristesse, à l'éréthisme nerveux, à l'hypochondrie ; et ces accidents sont tellement fréquents que Ricord disait : *Si jamais je deviens nosologiste je classerai la blennorrhagie parmi les maladies mentales.*

OBSERVATION. — LUCIEN RAYNAUD, Hystérie au cours d'une blennorrhagie (*Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1891, p. 116).

X..., étant au service militaire, contracte en février 1880 une blennorrhagie intense, qui fut traitée très mal et par intermittence. Deux mois après, sans avoir eu la veille ou les jours précédents d'ennui ou de désagrément, le malade, anémié depuis longtemps par sa suppura-

(1) LEWIN, Péliose et chorée gonorrhéique. *Soc. de méd. int. Berlin*, 17 décembre 1894.

(2) LITTEN, Péliose et chorée blennorrh. *Berl. klin. Wochensch.*, 8 avril 1896.

tion, sent une boule remontant de l'estomac à la gorge, étouffe, est pris d'accès de pleurs sans motif aucun, et se trouve dans l'impossibilité absolue d'uriner malgré un besoin pressant.

La crise dure toute la matinée, le médecin est forcé d'en venir au cathétérisme et de faire une injection de morphine qui calme momentanément. Dès que l'effet des injections eut cessé les crises recommencèrent avec la même violence et nécessitèrent de nouveau cathétérisme et injections. Elles durèrent toute la nuit, si fortes qu'on fut forcé de veiller le malade qui avait de violentes convulsions caractéristiques et du délire. Les deux jours suivants les crises se renouvelèrent par instants, et diminuèrent peu à peu d'intensité, grâce à une dose journalière de 8 grammes de bromure.

Depuis lors (40 années) les accidents ne se sont jamais reproduits ; mais le malade a souffert de violentes névralgies qu'il n'avait jamais eues auparavant, se localisant partout, aux lombes surtout, du mois d'avril à juin 1880.

Les douleurs cessèrent avec la blennorrhagie ; M. X... appartient à une famille de gens vigoureux et bien portants. Il n'y a (à 4 générations) aucun antécédent nerveux, et lui-même, avant ni après, n'a jamais rien présenté de caractéristique.

M. X... se rappelle parfaitement ce qu'il a fait pendant sa crise.

CHAPITRE IV

Névrites périphériques blennorrhagiques.

Historique. — L'histoire des névrites périphériques au cours de la blennorrhagie, est de date récente. En lisant les différentes observations publiées par les anciens auteurs, comme accidents nerveux de la blennorrhagie, on trouve des cas qui rentrent dans le groupe des névrites périphériques, tels ceux d'Everard Home (1) (1803) et de Peter (2) (1866). Mais il faut arriver à Engel Reimer (3) qui, le premier, en 1890 émet l'idée d'une polynévrite blennorrhagique ; vers la même année, le professeur Panas (4) publie dans la *Semaine médicale* un cas de névrite optique. En février 1895, il en signale une nouvelle observation. P. Raymond (5) (1891), dans une revue générale sur les accidents nerveux de la blennorrhagie, conclut à la possibilité des névrites sciatiques ; Spillmann et Haushalter (6) publient, en 1891, deux observations qu'on peut considérer comme névrite périphérique. Le cas de Lucien Raynaud (7) rentre aussi dans ce groupe. Pombrack (8) (1893) admet les névrites périphériques d'ori-

(1) EVERARD HOME, *Practical observations on the treatment of strictures in the urethra*, 1883.

(2) PETER, *Soc. méd. des Hôpitaux*, 1866.

(3) ENGEL REIMER (de Hambourg), 1890.

(4) PANAS, Névrite optique d'origine blennorrhagique. *Sem. méd.*, 1890.

(5) P. RAYMOND, *Gazette des Hôpitaux*, 1891.

(6) SPILLMANN et HAUSHALTER, *Revue de médecine*, 1891.

(7) LUCIEN RAYNAUD, *Revue de médecine*, 1892.

(8) POMBRACK, *Wratch*, 1893.

gine blennorrhagique comparables aux polynévrites consécutives aux maladies infectieuses. Cross (1), de Montpellier, dans sa thèse de 1893, considère comme névrite périphérique les cas de Panas, Peter, Everard Home et Pombrack, il ajoute une observation personnelle de névro-tabes périphérique blennorrhagique. Tambourer (2) (1894), dans une communication faite à la Société de neurologie et de psychiatrie de Moscou, considère comme polynévrites les cas de Spillmann et Haushalter et de Pombrack. Finger (3) (1896) signale aussi les névrites périphériques consécutives aux arthropathies blennorrhagiques. Enfin, Edmond Lewy (4), dans sa thèse sur les accidents nerveux au cours des arthropathies blennorrhagiques, admet la polynévrite blennorrhagique qui tient à la localisation du poison blennorrhagique sur les nerfs périphériques ; il cite trois observations personnelles, dont une de polynévrite généralisée.

Étiologie. — Les névrites périphériques s'observent au cours de la blennorrhagie aiguë ou chronique non traitée ou mal soignée et souvent accompagnée de manifestations articulaires.

Elles surviennent chez les adultes entre 20 et 50 ans ; c'est le sexe masculin qui en est le plus souvent atteint, car nous ne connaissons que deux cas (de Spillmann et Haushalter) chez la femme. Dans les antécédents héréditaires ou personnels des malades, on note souvent des manifestations ner-

(1) M. CROSS, *Contribution à l'étude des localis. de la blennorrh. sur les nerfs périphériques*. Thèse de Montpellier.

(2) TAMBOURER, *Société de neur. et psych. de Moscou*, 21 janvier 1894.

(3) FINGER, *Die blennorrhæ der sexualorgane und ihre complicationen*, 1896.

(4) E. LEWY, *Les accidents nerveux au cours des arthropathies blennorrhagiques*. Thèse de Paris, 1897.

veuses ; le froid et le surmenage ont été invoqués comme causes occasionnelles. Les malades ont souvent des métiers qui nécessitent la station debout prolongée, ce sont des domestiques, des garçons de café, des journaliers, des employés de chemin de fer, etc.

Pathogénie. — La pathogénie des névrites périphériques comprend trois questions à résoudre : 1° S'agit-il en effet de localisation sur les nerfs périphériques ? 2° Ces névrites sont-elles blennorrhagiques ? 3° Par quel mécanisme se produisent-elles, c'est-à-dire y a-t-il action du gonocoque ou de sa toxine sur les nerfs périphériques. En ce qui concerne la première question, les auteurs sont loin d'être d'accord et les cas que nous considérons comme névrites périphériques, ont été différemment interprétés par les auteurs.

Charcot en 1888, en reprenant la théorie de Vulpian, admet une affection spinale d'origine articulaire, c'est-à-dire que l'irritation des extrémités des nerfs articulaires, des ligaments, des bourses synoviales peut retentir sur le centre spinal et y produire des lésions tantôt dynamiques, tantôt organiques.

Pour M. Hayem et Parmentier, il y a infection directe de la moelle.

Engel Reimer admet la polynévrite en se basant sur l'abolition de l'excitabilité galvanique et faradique.

Le professeur Raymond (1) conclut à la possibilité d'une intoxication ayant porté sur les muscles. Pour Souplet, il s'agit d'affection médullaire. Finger se prononce pour les né-

(1) F. RAYMOND, Arthropathies multiples et atrophie musculaire généralisée en rapport avec une infection blennorrhagique. *Gazette médicale de Paris*, 1891, n° 1.

vrites périphériques consécutives aux arthropathies blennorrhagiques et pour faire le diagnostic, il s'appuie sur l'examen électrique : pas de D. R. affaire centrale ; D. R. affaire périphérique.

Nous montrerons au chapitre Diagnostic quelles sont les raisons qui nous font considérer comme névrite périphérique les cas que nous publions sous ce chapitre.

Comme réponse à notre deuxième question, nous dirons qu'il est presque impossible d'admettre une simple coïncidence et de nier l'influence de la blennorrhagie, étant donné que d'une part, on ne trouve aucune cause autre que celle de la blennorrhagie qui soit capable d'expliquer les manifestations observées du côté des nerfs périphériques, et que, d'autre part, dans presque tous les cas, les accidents nerveux étaient accompagnés d'autres manifestations de la blennorrhagie, que leur évolution a été presque identique et que parfois, ils ont coïncidé avec une nouvelle chaudepisse.

La réponse à la dernière question est beaucoup plus difficile, car le temps nous a manqué pour reproduire expérimentalement les névrites.

Nous avons vu au chapitre Historique que la plupart des auteurs pensent qu'il s'agit de névrites toxiques, analogues à celles qu'on voit dans les autres maladies infectieuses. Tel est l'avis de Engel Reimer, de Raymond, de Tambourer, de Finger et de Lévy.

Nous pensons également, par analogie à ce qui se passe dans les autres maladies infectieuses, qu'il s'agit en effet de névrite par gonotoxine ; la toxine du gonocoque, qui ne date que de l'année dernière, est aujourd'hui bien connue, grâce aux tra-

vaux de Wassermann (1), de Schæffer (2), de Nicolaysen (3), de Christmas (4) et de Pompeani (5).

Les manifestations agonococciques (c'est-à-dire par toxine) du côté des articulations (Guyon et Janet), du côté des reins (Souplet), du côté de l'appareil circulatoire, de la plèvre, de l'appareil génital ; les lymphangites et les adénites agonococciques, signalées par Cockart, sont nombreuses ; il n'y a pas de raison de ne pas admettre des lésions du côté des nerfs périphériques déterminées par la même toxine, d'autant plus que la pathologie générale des névrites infectieuses s'accorde parfaitement avec cette manière de voir.

Symptômes. — Au point de vue clinique, la névrite blennorrhagique se traduit de la manière suivante :

Un individu a déjà depuis quelque temps un écoulement gonorrhéique aigu ou chronique, il peut être à sa première blennorrhagie, mais aussi à sa deuxième ou troisième atteinte. Dans ce dernier cas, il raconte parfois que les écoulements antérieurs s'étaient déjà accompagnés d'arthrite et de douleurs dans les membres inférieurs.

Quoi qu'il en soit, vers les 3^e, 4^e ou 5^e semaines, ses pieds sont devenus douloureux, il est atteint de talalgie, très bien décrite par M. le professeur Fournier.

En effet, si on l'examine en ce moment, on trouve les régions rétro-calcanéenne et sous-calcanéenne très doulou-

(1) WASSERMANN, *Soc. de médecine de Berlin*, juillet 1897.

(2) SCHÆFFER, *Fortschritte der Medizin*, octobre 1897.

(3) NICOLA YSEN, *Für Pathogenital und Giftigkeit des gonococcus. Centralblatt für Bacteriologie*, n° 12, 1857.

(4) CHRISTMAS, *Contrib. à l'étude du gonocoque et sa toxine. Annales de l'Institut Pasteur*, août 1897, p. 609.

(5) POMPEANI, *Toxine et antitoxine du gonocoque. Thèse de Paris*, février 1897.

reuses à la pression. La douleur d'abord localisée aux pieds gagne les membres inférieurs dans leur totalité, et sous l'influence de la douleur et des arthrites concomitantes qui existent assez souvent, la marche devient difficile et oblige le malade à entrer à l'hôpital.

En examinant le malade à cette période d'état, on trouve qu'il y a deux phénomènes qui prédominent, c'est la paraplégie d'une part, et les phénomènes douloureux d'autre part :

La paraplégie peut être complète et dans ce cas la marche est absolument impossible, ou bien elle est incomplète, le malade marche, mais difficilement. Dans ce dernier cas tantôt il steppe, tantôt il a une tendance à lever les orteils (Lévy).

Il se plaint de douleurs violentes dans les membres, douleurs qui suivent le trajet des branches nerveuses et qui sont parfois tellement vives que le malade croit qu'on lui coule du plomb fondu sur les jambes ; parfois les douleurs ressemblent aux douleurs fulgurantes du tabes. En examinant de plus près, on constate les signes suivants : les pieds sont douloureux à la pression de la région calcanéenne et rétro-calcanéenne, ainsi qu'au-dessous de la tête des métatarsiens et au-dessus du tubercule inférieur du calcanéum.

Ces douleurs s'expliquent par l'inflammation des bourses séreuses qui existent à ce niveau ou bien par l'ostéite et par le rhumatisme ostéo-fibreux calcanéen (1). Les membres inférieurs sont atrophiés ; l'atrophie a parfois une tendance à se localiser au groupe antéro-externe (cas personnel) ; mais le plus souvent elle atteint le membre entier. Les muscles atro-

(1) JACQUET, *Annales de dermatologie*, 1892, p. 582, *Société médical des hôpitaux*, mars 1897.

phiés sont flasques, il n'y a pas d'adipose sous-cutanée; la pression des masses musculaires et des nerfs est très douloureuse.

Les réflexes tendineux sont tantôt abolis, tantôt exagérés.

La sensibilité au tact et à la température est normale; la sensibilité à la douleur exagérée.

L'examen électrique a montré dans quelques cas la réaction de dégénérescence (cas personnel), cas de Lévy, etc.

Les troubles trophiques sont fréquents et consistent en sécheresse de la peau, œdème, les ongles sont cassants, dans des cas exceptionnels il peut y avoir des eschares.

On note parfois une sensation de froid aux extrémités, coïncidant avec des sueurs plus ou moins localisées.

Les sphincters sont intacts généralement; dans le cas où on trouverait des troubles sphinctériens, il serait intéressant de marquer l'état mental des individus, car il se pourrait qu'on ait affaire à des troubles analogues à ceux décrits par notre maître M. Gilles de la Tourette (1) dans les polynévrites.

En ce qui concerne l'état général, nous avons été frappé par la pâleur et l'amaigrissement, que nous avons trouvé chez nos malades, et qui sont probablement en rapport avec l'intoxication générale blennorrhagique. La fièvre manque le plus souvent.

A côté de cette forme de polynévrite localisée aux membres inférieurs et qui est la plus fréquente, nous devons signaler des cas plus rares.

Lévy (*loc. cit.*), relate une observation de polynévrite généralisée, « dans ce cas la polynévrite gagne les membres supérieurs, le malade prend un aspect cachectique, la nutrition

(1) GILLES DE LA TOURETTE et GASNE, *Soc. méd. des hôpitaux*, 16 déc. 1897, p. 1424.

se ralentit, l'appétit disparaît et les douleurs empêchent le sommeil ».

Dans l'observation de Cross, la névrite blennorrhagique a revêtu la forme du névro-tabes ; son malade avait des fourmillements à la plante des pieds, il ne sentait plus le sol et titubait, il se plaignait de troubles visuels qui consistaient en brouillard devant les yeux.

Panas signale un cas de névrite optique, et Fischel (1) un cas de névrite acoustique.

Marche. Durée. Terminaison. — La marche de la polynévrite blennorrhagique est lente et la maladie arrive après quelques semaines à son apogée ; la durée est assez longue et peut compter plusieurs mois. Quant à la terminaison elle est variable et peut se faire de différentes manières :

a) Par la mort, terminaison très rare.

b) Par guérison incomplète laissant à sa suite de l'atrophie musculaire et des rétractions fibro-tendineuses.

c) Par guérison complète.

Diagnostic. — Lorsque au cours ou à la suite d'une blennorrhagie un malade est pris de douleurs violentes dans les membres, si ces douleurs sont rapidement suivies d'atrophie musculaire et de paraplégie ou parésie, si en plus les masses musculaires et les nerfs sont douloureux à la pression, si on trouve la réaction de dégénérescence et si les troubles sphinctériens et l'eschare manquent, dans ces cas le diagnostic de névrite périphérique s'impose et ne présente aucune difficulté.

Mais en clinique les cas sont loin de se ressembler, les

(1) FISCHEL, *Prager med. Wochensch.*, 18 mars 1891.

symptômes ne sont pas toujours au complet, il nous faut donc signaler les affections avec lesquelles on pourra confondre les névrites périphériques blennorrhagiques.

1^o Le diagnostic avec la *méningo-myélite* est souvent très difficile ; néanmoins l'examen méthodique du malade et l'analyse minutieuse des symptômes permettront d'éviter l'erreur.

Dans la méningo-myélite, le début se fait par des douleurs lombaires qui précèdent plus ou moins longtemps les autres accidents ; la névrite débute par des douleurs dans le talon et le long des membres inférieurs. Les troubles sphinctériens fréquents dans la méningo-myélite sont exceptionnels dans la névrite. Dans le cas de lésions méningo-médullaires l'anesthésie se rencontre souvent, au contraire lorsque les nerfs périphériques sont atteints les masses musculaires et les nerfs sont douloureux à la pression. L'eschare sacrée exceptionnelle dans la névrite est fréquente dans la méningo-myélite. Finger (*loc. cit.*) fait jouer un rôle important à l'examen électrique, il dit : pas de réaction de dégénérescence, affaire centrale ; réaction de dégénérescence, affaire périphérique. Engel Reimer admet aussi la névrite périphérique en se basant sur l'abolition de l'excitabilité galvanique et faradique. L'examen électrique a son importance néanmoins, à lui seul il ne suffira pas à faire le diagnostic, car la réaction de dégénérescence peut se rencontrer dans le cas de méningo-myélite, il faudra donc tenir compte des autres symptômes concomitants. Enfin nous avons vu que parfois c'est l'évolution de la maladie qui fera faire le diagnostic comme dans le cas de Reimer déjà cité.

2^o Le diagnostic sera à faire avec les amyotrophies réflexes

d'origine articulaire, amyotrophie qui s'accompagne souvent d'exagération de réflexe, de phénomènes d'épilepsie spinale et des troubles de la sensibilité caractérisée par des plaques d'anesthésie ou d'hyperesthésie. Mais dans ces cas les phénomènes douloureux manquent, et il n'y a pas de douleur à la pression des masses musculaires et des nerfs ; l'examen électrique est ici très important car les nerfs ne subissent pas de modification matérielle organique et qu'il ne s'agit que des troubles purement dynamiques, il n'y a pas de réaction de dégénérescence (Babinski, *Traité de médecine*, t. VI).

3^o Lorsqu'on se trouvera en face d'un cas comme celui signalé par Cross (polynévrite sensitive ou pseudo-tabes blennorrhagique) le diagnostic sera à faire avec le tabes. Mais dans le cas de pseudo-tabes on ne trouve pas la perte du sens musculaire, ni l'incoordination, ni la brusquerie des mouvements des tabétiques ; les douleurs, la ceinture et l'anesthésie en cuirasse manquent. Le signe d'Argyll n'a jamais été rencontré ; les sphincters sont intacts. Dans le cas de pseudo-tabes l'ataxie est un des premiers symptômes, dans le tabes elle n'apparaît que de longs mois après toujours précédé de douleurs fulgurantes.

Enfin le tabes ne rétrocede pas, il peut subir un temps d'arrêt dans sa marche mais ne guérit jamais. Le pseudo-tabes rétrocede et guérit.

4^o Parfois une simple névralgie sciatique pourra prêter à la confusion, on évitera cette erreur en tenant compte du caractère de la douleur, de la présence ou de l'absence d'amyotrophie et de l'examen électrique. En effet dans le cas de névralgie la douleur est d'emblée brusque et intense, et se révèle à l'occasion d'un effort ou d'un mouvement ; l'atrophie

est toujours peu prononcée et a besoin pour être mise en évidence d'un examen minutieux, en tout cas elle disparaît rapidement sans laisser de trace en même temps que les crises douloureuses. Le professeur Landouzy (1) et M. Fernet (2) n'admettent même pas la possibilité de l'atrophie même légère en dehors de la névrite.

L'excitabilité du nerf et des muscles ou du nerf seulement sous l'une de deux formes de courants est exagérée dans la névralgie et diminuée dans la névrite.

Enfin l'évolution de la maladie différente dans les deux cas ne laissera plus aucun doute.

5° Dans certains cas le diagnostic sera à faire avec le pied plat valgus douloureux et cela pour deux raisons : d'une part dans la névrite les pieds sont douloureux et il y a dans certains cas un léger aplatissement de la voûte plantaire, d'autre part on peut rencontrer dans le pied plat valgus blennorrhagique de l'atrophie musculaire et des phénomènes douloureux le long des membres inférieurs. Mais dans ces cas les malades ont le pied plat depuis leur naissance (notre maître M. Gilles de la Tourette croit même que la blennorrhagie pourrait à la rigueur rendre le pied plat et douloureux sans pied plat antérieur), on trouve la douleur nocturne, le gonflement de l'articulation, la contracture des muscles, contracture passagère d'abord, puis tenace et ne disparaissant qu'après un certain temps de repos. Si l'affection est traitée elle régresse tout en réapparaissant à la première réapparition de l'écoulement et elle reparait avec les caractères mais plus accentués. Si l'affection n'est pas traitée dans ce cas les symptômes

(1) *Arch. génér. de méd.*, avril 1875.

(2) *Arch. génér. de méd.*, avril 1878.

aigus diminuent mais la contracture augmente et finit par amener des déformations irrémédiables, finalement les muscles contracturés s'atrophient et des phénomènes douloureux peuvent apparaître.

On voit donc qu'en examinant de près le malade et l'évolution de la maladie l'erreur sera facilement évitée.

Il faudra, après avoir éliminé toutes les affections qui pourraient prêter à confusion, déterminer si la névrite est réellement de nature blennorrhagique, on y arrivera en tenant compte des autres accidents généraux possibles d'infection blennorrhagique et des arthropathies et en recherchant soigneusement si une autre infection ou intoxication (alcoolisme, saturnisme, lèpre, intoxication arsénicale, etc.) n'est pas la cause des accidents présentés par le malade. D'ailleurs le caractère particulier de ces névrites mettra facilement sur la voie du diagnostic.

Pronostic. — Le pronostic doit être réservé, car la poly-névrite a parfois une durée longue, elle peut récidiver à l'occasion d'une nouvelle blennorrhagie, elle peut donner lieu à des infirmités incurables et peut même se terminer par la mort. Le traitement a une influence capitale, car institué de bonne heure et bien conduit, il permet d'espérer une guérison réelle de la maladie,

Traitement. — Le traitement des névrites blennorrhagiques est d'une importance capitale, car suivant qu'il sera plus ou moins bien dirigé les malades guériront ou bien resteront infirmes pour toute leur vie. Voilà le traitement que nous avons préconisé avec notre maître M. Gilles de la Tourette. Dès le début de l'affection, le malade est mis au lit dans une position qui ne permet ni l'attitude vicieuse ni l'in-

fluence néfaste de l'immobilisation. Lorsque les phénomènes douloureux sont très intenses on cherche à les calmer par le salicylate de soude, par l'antipyrine, la phénacétine ou bien encore par des onctions locales avec l'essence de Wintergreen.

Lorsque la maladie est arrivée à la période d'état on continue le repos au lit, on interdit la marche d'une manière absolue.

Les membres inférieurs sont mis dans une gouttière en fil de fer garnie abondamment d'ouate, les pieds sont placés à angle droit pour empêcher l'équinisme, lorsqu'il y a tendance au varus on met une couche d'ouate plus épaisse sur le côté externe de la plante du pied.

Il faudra toujours faire usage d'un cerceau pour éviter la déformation qui peut se produire sous l'influence de la pression des couvertures, c'est une précaution sur laquelle nous ne saurions trop insister. En même temps qu'on emploie ces moyens et lorsque les phénomènes douloureux tendent à s'amender on commence à agir contre les paralysies et les atrophies.

Il est inutile d'ajouter que le traitement électrique n'agit pas seulement sur les névrites elles-mêmes, mais, par la contraction plus ou moins forte des muscles malades, il met obstacle à la rétraction et à la sclérose des muscles antagonistes et s'oppose par cela même aux déformations ; de plus en faisant jouer les articulations il empêche les raideurs articulaires, ce qui est très important, car les articulations tibio-tarsiennes sont souvent prises au cours des névrites périphériques blennorrhagiques. Nous employons dans notre service les courants galvaniques. Tous les jours on fait une séance

de trois quarts d'heure de courants continus, le pôle positif appliqué sur le dos, le pôle négatif promené sur les muscles des membres inférieurs.

Ce traitement doit être continué assez longtemps et exige parfois plusieurs mois, lorsque les phénomènes douloureux ont disparu et que les muscles commencent à se contracter on conseille au malade de marcher.

En soignant ainsi les malades on arrivera à les guérir de leur paralysie et on empêchera les déformations par rétraction fibro-tendineuse.

CHAPITRE V

Névralgies blennorrhagiques.

Sciatique.

Dans les différentes thèses et monographies qui ont été publiées sur la sciatique en général, on trouve plusieurs observations où la blennorrhagie pouvait être invoquée comme cause étiologique ; c'est ainsi que Bailly (1) en 1803 parle d'une sciatique survenue chez un homme âgé de 20 ans, qui eut en même temps chancre dur, blennorrhagie et sciatique. Il a tendance à mettre la sciatique sur le compte de la syphilis, néanmoins c'est la blennorrhagie qu'il faut invoquer, car elle fit son apparition dans le courant de la blennorrhagie et ne disparut qu'avec elle et avec le traitement.

Everard Home (2) en 1803 cite deux observations de sciatique blennorrhagique ; pour lui, ainsi que pour Barthéz (1803), la blennorrhagie peut déterminer la sciatique. Tournillac Bérenger (3) dit en 1814 que le virus syphilitique, une blennorrhagie mal guérie, sont autant de causes propres à occasionner la sciatique. Lespagnol (4) en 1815 parle d'un menuisier de 20 ans atteint d'écoulement vénérien et qui est

(1) BAILLY, *Essai sur la névralgie fémoro-poplitée*. Thèse de Paris, 1803.

(2) EVERARD HOME, *Practical observations ou the treatment of strictures in the uret hra*, 1803.

(3) TOURNILLAC BÉRENGER, *Essai sur la névralgie fémoro-poplitée*. Thèse de Paris, 1814, p. 14.

(4) LESPAGNOL, *Dissertation sur la sciatique nerveuse ou névralgie fémoro-poplitée*. Thèse de Paris, 1815.

prise en même temps d'une sciatique. Masson (1) (1817), Téhy (2) (1825) et Agasson (3) (1842) admettent aussi la névralgie sciatique blennorrhagique. Tixier (4) en 1866 signale un cas de sciatique survenue avec des accidents articulaires dans le cours d'une gonorrhée. Mais c'est à M. le professeur Fournier que revient l'honneur d'avoir établi, d'une façon certaine, à la suite des mémoires publiés en 1866 et 1868, l'existence de la sciatique blennorrhagique et d'avoir donné une description clinique complète. Dans une note lue à la Société médicale des hôpitaux, le 22 octobre 1868, il affirme l'existence de cette forme de névralgie blennorrhagique sur les cinq propositions suivantes :

« 1^o On voit figurer parfois la sciatique au nombre des accidents du rhumatisme blennorrhagique.

2^o Il existe des cas où des sciaticues se sont développées à plusieurs reprises dans le cours de plusieurs rhumatismes uréthraux consécutifs.

3^o Il en est d'autres où, dans une série de rhumatismes de cet ordre, la sciatique a semblé alterner avec des manifestations rhumatismales de même nature, mais de siège différent.

4^o Dans certains cas la sciatique peut compliquer la blennorrhagie sans s'accompagner d'aucune manifestation du rhumatisme spécifique, ce qui ne doit aucunement surprendre puisqu'on a pu donner comme caractéristique du rhu-

(1) MASSON, *Dissertation sur la névralgie fémoro-poplitée*. Thèse de Paris, 1817.

(2) TÉHY, *Dissertation sur la névralgie fémoro-poplitée*. Thèse de Paris, 1825.

(3) AGASSON, *Diagnostic et pronostic de la névralgie sciatique*. Thèse de Paris, 1842.

(4) TIXIER, Thèse de Paris, 1866.

matisme blennorrhagique le petit nombre, sinon l'unicité de ses localisations.

5° La sciatique est manifestement influencée par le traitement. »

Tous les auteurs qui ont écrit après n'ont fait que confirmer ses affirmations. Vœlker (1868), Suquet (1868), Lagretelle (1869), Dupont (1871), Diday (1874), Gries (1875), Vildart (1875), Dupouy (1875), et Chevalier (1875) signalent des observations de sciatique blennorrhagique.

Brisson (1), dans sa thèse de 1893, publie la plupart des observations connues jusqu'à lui et ajoute des observations personnelles.

Frenkel publie une observation dans la *Berlin. klin. Wochenschr.* du 23 août 1886.

Madon (2) en 1892 signale aussi plusieurs cas personnels. Phulpin (3) dans sa thèse de 1895 consacre un article à la sciatique blennorrhagique.

Enfin Lago (4) parle en 1897 de la sciatique double au cours de la blennorrhagie.

Étiologie. Pathogénie. — La sciatique survient rarement dans la première semaine, le plus souvent vers la 2^e ou la 3^e semaine après l'écoulement, exceptionnellement vers le 2^e ou 3^e mois. Elle apparaît chez des individus jeunes, entre 20 et 30 ans, et frappe surtout le sexe masculin; on ne connaît chez la femme que le cas de Diday neveu. On a invoqué comme cause prédisposante la diathèse rhumatismale (Vœlker), la

(1) BRISSON, *Etude sur la sciatique blennorrhagique*. Thèse de Paris.

(2) MADON, *Des névralgies blennorrhagiques*. Thèse de Bordeaux, 1892.

(3) PHULPIN, Thèse de Paris, 1895.

(4) LAGO, *La sciatique double*. Thèse de Paris, 1897.

fatigue (Besnier), le tempérament lymphatique (Madon), la masturbation, etc.

Peu importe, ce qu'il faut savoir c'est que c'est au cours d'une blennorrhagie compliquée de rhumatisme blennorrhagique (arthropathies, synovites, phlegmasies), que survient la sciatique blennorrhagique, ce qui a fait qu'on l'a considérée comme une manifestation de rhumatisme blennorrhagique.

Nous croyons qu'il s'agit d'une manifestation nerveuse d'origine toxique survenue au cours de l'infection blennorrhagique. L'existence de sciatique au cours de blennorrhagie non accompagnée d'accidents articulaires en est une preuve suffisante.

Symptômes. — La névralgie sciatique blennorrhagique débute d'une manière brusque, instantanée pour ainsi dire. Cette brusquerie du début constitue un caractère important pour M. le professeur Fournier. C'est souvent la nuit qu'apparaissent les premiers symptômes, le malade se réveille avec une douleur vive de tension continue, présentant des exacerbations intermittentes et des élancements très sensibles, s'exagérant par la marche rendue souvent impossible ; la pression seule du doigt suffit quelquefois pour arracher des cris au malade. Après être parvenue très rapidement à son apogée, qu'elle atteint souvent dès le premier jour, la maladie décroît ensuite : les douleurs excessives d'abord, perdent de leur intensité et deviennent moyennes, tolérables ; fort souvent un calme relatif est établi dès le 5^e, 4^e, 3^e jour, après quoi la névralgie s'évanouit ou persiste au même degré pendant un certain temps. Elle se traduit alors par des sensations d'engourdissement, de fourmillement, revenant parfois par accès, la nuit principalement ; d'autres fois, ce sont des

crampes que le malade éprouve dans les muscles de la cuisse, plus rarement dans ceux du mollet.

Les signes que nous venons de décrire sont unilatéraux généralement et siègent principalement à la cuisse (six fois sur vingt-six d'après Brisson), il est rare que la douleur descende au-dessous du creux poplité ; mais, de la partie postérieure de la cuisse, le mal s'irradie fréquemment vers les lombes et parfois vers les parois de l'abdomen. Brisson dit qu'il a été tellement frappé de la fréquence avec laquelle il a trouvé la localisation de l'affection à la cuisse, qu'il serait tenté d'en faire un des caractères importants.

La durée de la névralgie sciatique blennorrhagique est courte, très courte par rapport à la sciatique vulgaire, les phénomènes douloureux disparaissent parfois en 3 jours, le plus souvent la durée est de dix jours environ, et exceptionnellement 15, 20 jours, un mois et six semaines (une fois d'après le professeur Fournier).

Diagnostic. — Le diagnostic de la sciatique est généralement facile : les irradiations et les foyers douloureux offrent le plus souvent assez de netteté pour ne laisser place à aucun doute. Cependant le professeur Fournier signale comme cause possible d'erreur l'hygroma aigu de la bourse séreuse ischiatique.

« Il s'accompagne parfois de douleurs vives, susceptibles d'irradiations diverses, continues et exacerbantes, exaspérées par la pression, la marche et les mouvements. » Pour éviter cette erreur il suffit d'être prévenu et de rechercher minutieusement et méthodiquement le siège précis des douleurs provoquées. Après avoir reconnu l'existence de la sciatique, il faut savoir s'il s'agit de sciatique, névralgie ou de sciatique

névrite. Nous avons déjà signalé les signes sur lesquels il faudra se baser pour faire ce diagnostic en parlant des névrites périphériques, il est donc superflu d'y revenir.

La sciatique pourra être symptomatique d'une affection médullaire, mais dans ce cas elle est double et s'accompagne d'autres signes qui indiquent la participation de la moelle. Enfin en dernier lieu il faudra déterminer si la sciatique est vraiment due à la blennorrhagie, on y parviendra en tenant compte de l'absence de toute autre cause diathésique ou occasionnelle, des autres manifestations concomitantes, de son début brusque et atteignant du premier coup son apogée de sa marche rapide et décroissante.

Pronostic. — Généralement bénin et moins grave que celui de la sciatique en général. Cette bénignité tient à la courte durée de la maladie, à son peu de tendance à récidiver s'il ne survient pas de blennorrhagie et à l'absence d'atrophie.

Traitement. — Nous serons bref sur le traitement des névralgies au cours de la blennorrhagie, car il ne comporte pas d'indications spéciales et dans plusieurs observations (Lepère, 1866, Madon) la sciatique après avoir résisté au traitement par les révulsifs, a rapidement cédé à l'emploi du copahu et du cubèbe dirigé contre la blennorrhagie elle-même. De là la conclusion pratique de se préoccuper avant tout de combattre l'inflammation du canal par les balsamiques, ou mieux encore par les grands lavages au permanganate de potasse, car si le traitement employé couramment contre les névralgies ordinaires ne produit aucun effet sur les sciatiques blennorrhagiques, au contraire on a toujours

obtenu de bons résultats avec le traitement anti-blennorrhagique.

M. le professeur Fournier conseille en outre, dans les cas de sciatique, de recourir aux ventouses scarifiées, qui font merveille, et l'arrête parfois du premier coup et procurent toujours un soulagement considérable.

La névralgie sciatique est la plus fréquente des névralgies blennorrhagiques, mais elle n'est pas la seule ; Mauriac (1), dans un travail consacré aux névralgies réflexes dues à l'orché-épididymite blennorrhagique, mentionne les névralgies sciatique, lombo-abdominale et crurale ; il en fait des névralgies réflexes ayant leur point de départ dans le testicule enflammé ; nous croyons au contraire que ces névralgies doivent être mises sur le compte de l'infection blennorrhagique.

Dans la thèse de Tixier (*loc. cit.*), dans le mémoire de Hayem et Parmentier, on trouve des observations où les manifestations douloureuses se sont montrées du côté du nerf crural. Coutagne de Lyon (2) a publié deux cas de névralgie crurale blennorrhagique. Dans le premier cas la blennorrhagie était de date ancienne et déjà des arthralgies passagères s'étaient produites, lorsque survint la névralgie crurale. La douleur très supportable au repos augmentait par la marche et la station verticale, elle suivait le trajet du nerf crural, du pli de l'aîne à la rotule. Les points les plus douloureux étaient au pli de l'aîne et au niveau des rameaux perforants.

Dans le second cas, le malade avait eu au cours d'une blennorrhagie des arthropathies multiples dont la disparition avait coïncidé avec la guérison apparente de l'écoulement. L'écoulement venant à se reproduire les arthralgies n'avaient pas tardé à reparaitre en s'accompagnant d'une névralgie crurale et inguino-scrotale du côté gauche.

(1) MAURIAC, *Névralgies réflexes symptomatiques d'orchite blennorrhagique*, 1870.

(2) COUTAGNE, *Annales de Dermatologie*, 1870, p. 303.

CHAPITRE VI

Organes des sens.

Du côté des organes des sens, on peut rencontrer deux sortes de complications, les unes fréquentes, ce sont les complications oculaires, les autres très rares, les complications auditives.

Complications oculaires.

La blennorrhagie oculaire peut se manifester sous deux formes différentes.

Dans l'une il s'agit d'infection directe par le pus blennorrhagique, c'est l'ophtalmie blennorrhagique accidentelle ou de contagion, c'est l'ophtalmie gonococcique des gens qui ayant ou n'ayant pas une blennorrhagie se touchent l'œil avec les doigts imprégnés de pus blennorrhagique, se lavant l'œil dans une eau ou avec une urine chargée de pus blennorrhagique, c'est aussi l'ophtalmie des médecins, qui reçoivent dans l'œil une goutte de pus urétral, etc.

Cette forme est excessivement grave, car dans quelques jours elle peut amener la destruction de la cornée et la perte complète de l'œil.

Dans l'autre forme la manifestation oculaire n'est qu'une complication à distance de la blennorrhagie du même ordre que toutes les complications nerveuses que nous venons de

signaler. Elle ne résulte pas d'une contagion directe. « Elle résulte directement de l'influence blennorrhagique, exactement comme une arthrite, une hydarthrose, une sciatique blennorrhagique » (Fournier, *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 1201). Cette deuxième forme appelée ophtalmie de cause interne, rhumatismale ou métastatique, est de beaucoup plus fréquente et de beaucoup plus bénigne que la forme précédente, car elle guérit presque toujours.

Étiologie. — Les manifestations oculaires métastatiques ou de cause interne, se voient surtout dans les blennorrhagies accompagnées de manifestations portant sur les articulations et le tissu péri-articulaires (15 fois sur 39 cas de rhumatisme [Fournier]). Cette coïncidence n'est pas absolue et il y a des cas où ces manifestations peuvent précéder, accompagner ou suivre les autres complications. Jacquet (1) sur six cas a vu que l'ophtalmie s'est développée quatre fois, un ou deux jours avant les signes articulaires, une fois en même temps, une fois après.

Elle peut intéresser toutes les parties du globe oculaire et présente à étudier par ordre de fréquence, la conjonctivite séro-vasculaire, l'aquo-capsulite, l'iritis, puis la dacryocystite, la ténonite et la névrite optique.

(1) JACQUET, Recherches de clinique et de bactériologie sur le rhumatisme blennorrhagique. *Revue de neurologie*, 1892, p. 681.

Conjonctivite.

Historique. — Décrite pour la première fois par Albernely, qui la distingue de la conjonctivite purulente, elle a été étudiée ensuite par Mackensie, qui la décrit sous le nom d'ophtalmie par métastase, par Ricord, qui précise le caractère de la maladie ; Boquin, dans sa thèse de 1884, rapporte une observation et Haltenhoff publie un cas dans les *Archives für Augenheilkunde* 1884, mais c'est surtout le professeur Fournier, qui, dans une leçon remarquable publiée par la *Gazette des hopitaux* du 31 décembre 1885, donne une description complète. Depuis, des nombreuses observations ont été publiées par Troussseau et Armaignac (1) (1886), par Leroy (2) (1887), par Fragne (3) (1888), par Panas (4) (1894) et par Lipski (5) (1875) (Thèse de Paris).

Symptômes. — L'affection débute généralement insidieusement, et parfois les malades viennent consulter le médecin pour leur blennorrhagie, sans songer même à leur ophtalmie, ce qui s'explique facilement par le peu d'intensité des signes fonctionnels.

Arrivée à la période d'état, la conjonctivite se traduit par deux signes importants :

1° L'injection vasculaire ; 2° le chémosis séreux sous-conjonctival.

(1) TROUSSEAU et ARMAIGNAC, *Revue de clinique oculistique*, 1885.

(2) LEROY, *Société de médecine pratique*, 1887.

(3) FRAGNE, *De la conjunct. blenn. séro-vasculaire*, Thèse de Paris, 1888.

(4) PANAS, *Loc. cit.*

(5) LIPSKI, *Des complicat. oculaires métastatiques*, Thèse de Paris, 1895.

L'œil est rouge, vascularisé et examiné à la loupe, cette vascularisation est constituée par des lacis de vaisseaux de nouvelle formation, la plupart disposés en rayons autour de la cornée. La douleur et la photophobie sont très peu marquées, il n'y a qu'une légère cuisson, un peu de prurit et une légère sensibilité de l'œil à une grande lumière.

Par suite de l'absence presque totale de ces deux symptômes l'occlusion ou la semi-occlusion des paupières ainsi que leurs clignements n'existent pas.

Le larmolement à proprement parler n'existe pas, néanmoins la légère hypersécrétion lacrymale donne à l'œil un aspect brillant, un éclat spécial. Tous les signes que nous venons d'énumérer se localisent le plus souvent à un seul œil au début et l'affection peut rester monoculaire, mais le plus souvent elle devient double, passe facilement à l'autre œil pour revenir ensuite au premier, elle est sujette à des recrudescences, des récidives fréquentes et faciles.

La bénignité des signes fonctionnels nous explique pourquoi les malades ne s'occupent pas de leur maladie et continuent à vaquer à leurs occupations.

Marche, durée, terminaison. — L'affection débute insidieusement, elle s'établit sans phénomène de réaction générale ou locale, et atteint son apogée en quelques jours ; puis elle reste stationnaire et finalement se résout après avoir duré un temps variable, dont la moyenne la plus habituelle oscille entre dix et vingt jours. « Parfois la résolution se fait d'une façon très hâtive, à la façon de ce qu'on appelle la délitescence de certaines manifestations rhumatismales (Fournier, *loc. cit.*). »

Pronostic. — Le pronostic est bénin, la guérison rapide absolue sans reliquats étant le seul mode de terminaison,

néanmoins il ne faudra pas oublier les recrudescences qui sont communes et les récidives qui sont loin d'être rares.

Diagnostic. — Le diagnostic de la conjonctivite dite métastatique est facile à faire, le contraste qui existe entre l'intensité des signes objectifs et l'absence de troubles fonctionnels suffit; « ce sont des gens qui avec l'œil rouge, très rouge même parfois, se présentent l'œil ouvert et regardent en face sans cligner, sans avoir peur du jour » (Fournier, *loc. cit.*).

Ces signes joints à l'aspect brillant particulier de l'œil et l'absence du gonocoque suffisent pour faire le diagnostic ou pour ne pas la confondre avec l'ophtalmie gonococcique dans laquelle la douleur, l'occlusion, le clignement spasmodique des paupières, la photophobie, le larmolement sont beaucoup plus intenses et où la suppuration rapide abondante, crémeuse, verdâtre, est remplie de gonocoque.

Traitement. — Il faut se garder de tout traitement actif, une intervention énergique peut même devenir nuisible. Des lavages, des pulvérisations, des compresses trempées dans du liquide antiseptique, employées concurremment avec des conserves enfumées pour éviter le grand jour, constituent le traitement de la conjonctivite séro-vasculaire.

Aquo-capsulite

L'inflammation de la membrane de Descemet ou aquo-capsulite est la plus fréquente des manifestations oculaires de la blennorrhagie. Elle se traduit par un aspect trouble de la vision, qui fait que les objets sont perçus comme à travers un nuage. La conjonctive est un peu injectée mais la cornée reste transparente et intacte, elle est seulement un peu bril-

lante et paraît plus bombée qu'à l'état normal. La chambre antérieure présente un aspect nuageux et comme enfumé, ce qui tient aux sécrétions morbides qui troublent l'humeur aqueuse (Fournier).

Dans certains cas il se fait un dépôt floconneux derrière la conjonctive ou bien un peu de sang s'épanche dans la chambre antérieure (Cullerier), mais on n'observe aucune ulcération, même à l'éclairage oblique et la photophobie est insignifiante. Il n'y a donc pas de kératite. Il n'y a pas d'iritis, la pupille n'est pas déformée.

Iritis.

Historique. — Il faut arriver à Laurence qui le premier dans son *Traité des maladies des yeux* met en relief l'influence de la gonorrhée sur l'inflammation de l'iris. En 1857 Mackenzie (*Traité des maladies de l'œil*) donne une description magistrale, Rollet en 1858 (*Nouvelle recherche sur le rhumatisme blennorrhagique*) montre que l'iritis est une complication fréquente du rhumatisme blennorrhagique. Galezowski dans la *Gazette des hôpitaux* de 1867 rapporte un cas d'iritis. Fournier et Peter, à la discussion de la Société médicale des hôpitaux de 1866, montrent que l'iritis aussi bien que le rhumatisme blennorrhagique est sujette aux récives. Ricord dit avoir observé des iritis blennorrhagiques sans arthrite et qui, pourtant, récidivaient à des périodes différentes.

Mengin (*Recueil d'ophtalmologie*, 1880) publie un cas d'iritis survenue plusieurs mois après une ophtalmie purulente. Bücckers (*Klin. Monatsbt. für Augenheilk.*, 1886) publie une observation d'iritis et d'irido-cyclite tardive et à récive.

Despagnet (*Recueil d'ophtalmologie*, 1888) et Morax (*Annales d'oculistique*, 1893) publient des cas d'iritis sans arthrite.

Le professeur Panas dans la *Revue générale de Clinique et de thérapeutique* de 1894 publie un cas d'iritis blennorrhagique compliquée de conjonctivite et dacryo-adénite.

Zimmermann (*Klinh., Monatsbl. für Augenh.* August 1894) et Morax dans les *Annales d'oculistique* de 1895 publient deux cas d'irido-choroïdite blennorrhagique suppurative terminés par la résolution.

L'iritis blennorrhagique se voit surtout chez l'homme, néanmoins ainsi que le font remarquer Terson et Lipski un certain nombre d'ophtalmies observées chez des femmes et qualifiées par quelques auteurs de métritiques ne seraient autre chose que des iritis et des conjonctivites blennorrhagiques.

On peut, au point de vue clinique, diviser en quatre groupes, les différentes formes que revêt l'inflammation de l'iris.

1^o *Iritis plastique, purulente, hémorrhagique et séreuse.*—L'iritis plastique est très rare, elle se caractérise par la rapidité d'organisation des exsudats iritiques et sa tendance marquée aux récidives. Aussi est-il de toute nécessité de procéder dès le début à des instillations d'atropine, pour prévenir ou combattre le plus tôt l'occlusion de la pupille ; à moins d'exagération du tonus, car alors elles pourraient provoquer des accidents glaucomateux.

2^o *L'iritis hémorrhagique* dont il n'existe qu'une seule observation dans la science (celle de Lipski) se caractérise par l'apparition brusque et la résorption rapide des caillots fibrineux.

3^o *L'iritis purulente*, forme rare mais plus fréquente que la

précédente (Despagnet et Morax en ont rapporté des observations), se caractérise par l'infiltration purulente du tissu irien, et par un épanchement du pus dans la chambre antérieure.

L'iris est tuméfié, gonflé, ressemble à une véritable tumeur, fortement hyperhémiee, de coloration jaunâtre ou brun jaunâtre. L'humeur aqueuse est trouble, louche ; enfin il se montre du pus dans la chambre antérieure. C'est l'iritis à hypopyon.

Si l'exsudation est abondante, il peut y avoir obstruction de la pupille, effacement de la chambre antérieure et accolement de la surface postérieure de l'iris à la cristalloïde.

Habituellement il y a sécrétion muco-purulente et production d'un chémosis. Les douleurs vives au début se calment peu à peu.

4^e *Iritis séreuse* ; c'est la variété la plus fréquente. L'inflammation oculaire est assez vive au début ; elle commence par la rougeur de la sclérotique et de la conjonctive, avec injection radiée péri-kératique ; la cornée est intacte, transparente : il se produit un larmoiement et de la photophobie ; il n'y a pas de sécrétions muco-purulentes. Bientôt il se produit un trouble marqué de la membrane qui tapisse la face postérieure de la cornée ; de là, l'inflammation gagne la surface antérieure de l'iris, qui perd sa coloration naturelle ; il y a, comme l'a si bien dit M. le professeur Fournier, un aspect nuageux comme enfumé de la chambre antérieure, ce qui doit être rapporté à ce que l'humeur aqueuse est troublée par des sécrétions morbides, la vue est légèrement confuse ; les objets paraissent comme enveloppés d'un nuage ; il n'y a pas de douleurs, à part une sensation de gêne dans l'œil, une sensation particulière de chaleur et de pesanteur. En somme on se trouve en

présence de ce que le professeur Fournier a appelé *aquo-capsulite*. Bientôt la pupille se rétrécit, ses mouvements deviennent paresseux, incomplets, ou même sont abolis, et la vision devient obscure ; l'épanchement abondant de lymphe remplit rapidement la pupille. Il se produit une violente douleur dans l'œil et autour de lui, avec larmoiement et photophobie marquée ; parfois on observe un œdème sous-conjonctival ou un chémosis. A tous ces symptômes peuvent s'ajouter le pointillé caractéristique profond de la cornée et le trouble poussiéreux du corps vitré qui témoignent de la participation de la choroïde et de la rétine (Panas). Quand les milieux sont redevenus transparents, l'ophtalmoscope permet de voir, surtout vers la région équatoriale, des plaques décolorées, qui proviennent de la désagrégation du pigment rétinien.

Souvent un seul œil est affecté et peut l'être à plusieurs reprises ; d'autres fois l'inflammation passe d'un œil à l'autre ; rarement ils sont pris tous les deux à la fois. Les récurrences sont possibles sous l'influence du froid ou d'un exercice prématuré, non seulement quand le malade vient à contracter de nouvelles blennorrhagies, mais même sans cela et alors il ne persiste aucune apparence de goutte militaire ainsi que Ferson a eu l'occasion de l'observer.

En général, l'iritis blennorrhagique disparaît avec un traitement approprié avec une assez grande rapidité et sans laisser de synéchies. Dans le cas où l'affection est abandonnée à elle-même, la pupille reste contractée ; il se produit des synéchies et on observe constamment des traces sur la capsule et près du bord pupillaire, traces qui peuvent disparaître à la longue ; ce qu'on doit surtout redouter, c'est la propaga-

tion de l'inflammation à la choroïde, d'où irido-cyclite, qui peut revêtir la forme suppurative. Néanmoins la guérison à peu près complète a pu être plusieurs fois observée, malgré la suppuration intra-oculaire (Morax, *Annales d'ocul.*, 1895).

Traitement. — Le traitement consiste dans l'emploi des mydriatiques : sulfate d'atropine 0,05 p. 10 ; cocaïne 1 p. 20 ; scopolamine 1 p. 500. En même temps il faut soigner l'urétrite, ce qui hâtera la guérison et préviendra les récidives.

Dacryo-adénite.

La dacryo-adénite est une complication exceptionnelle de la blennorrhagie, car il n'y a que deux cas publiés dans la science, celui de Seeligsohn (1) (1891) et celui de Panas (2) (1894).

On l'observe chez l'homme et à l'âge adulte. Elle se révèle cliniquement par les signes suivants : 1° douleur spontanée ou provoquée, continue ou intermittente, qui siège dans la portion orbitaire ou palpébrale de la glande. 2° Il y a hyper-sécrétion des larmes. 3° La paupière supérieure est augmentée de volume, œdématiée, de couleur rouge lie de vin, surtout dans sa moitié externe. En la soulevant, on voit que la conjonctive est très hyperhémisée, qu'il y a du chémosis séreux et que l'œil est refoulé en bas et en dedans par une tumeur molle, douloureuse au toucher, et de nature franchement inflammatoire.

La tumeur, de volume et de couleur variables, commence

(1) SEELIGSOHN, *Klin. Monatsbl.*, 1891.

(2) PANAS, *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1894.

à la commissure palpébrale et occupe la moitié externe du cul-de-sac supérieur qu'elle distend.

Les phénomènes généraux consistant en fièvre, anorexie, insomnie, sont fréquents.

L'affection, habituellement bilatérale, est parfois accompagnée de conjonctivite et même d'iritis et de manifestations articulaires comme dans le cas de Panas (1).

La marche de l'affection est assez rapide et la résolution est la règle.

Le pronostic est bénin puisque, dans tous les cas publiés, la guérison a été obtenue dans quelques semaines.

Le diagnostic est en général facile ; on ne confondra pas la dacryo-adénite ni avec un abcès d'origine osseuse, par le fait que le rebord orbitaire n'est pas douloureux à la pression, ni avec un chalazion enflammé ; car ce dernier a une situation plus basse, en plein tarse il est immobile, tandis que la glande enflammée peut être facilement séparée de la paupière, il suffit de faire regarder le malade en bas et en dedans, ou bien de retourner la paupière, dans le cas où cela est possible.

Traitement. — Le traitement consiste en simples lavages boriqués et des pulvérisations chaudes.

Ténonite.

La ténonite ou inflammation de la bourse conjonctive rétro-oculaire, est une affection peu commune. On ne connaît qu'un seul cas dû à la blennorrhagie, celui de Puech (2).

(1) PANAS, *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1894.

(2) M. PUECH de Bordeaux, Blennorrhagie, ténonite. *Clinique ophtalmologique*, 1895.

Le malade de Puech avait déjà une blennorrhagie datant de trois semaines, quand il fut pris brusquement pendant la nuit d'une douleur violente qui empêchait le sommeil. Au jour les paupières, principalement la supérieure, sont un peu enflées et il a grand'peine à entr'ouvrir son œil. Pendant toute la journée les douleurs reviennent par accès souvent très douloureux, tant dans le front que dans le fond de l'orbite et le malade ne peut plus entr'ouvrir ses paupières. En peu de temps la paupière supérieure en ptosis devint le siège d'un œdème très prononcé, surtout au niveau du bord ciliaire. En la relevant avec le doigt, on constatait que le globe était manifestement en exophtalmie, la cornée entourée d'un bourrelet de chémosis très marqué, l'œil immobile comme figé dans l'orbite, mais la pupille avait conservé ses dimensions et ses réactions à la lumière et à l'accommodation. La pression sur le globe pour le repousser déterminait une assez vive douleur. A l'ophtalmoscope, on trouvait la pupille normale ; les veines étaient seulement un peu augmentées de volume. Au bout de trois semaines, la maladie entra en voie de guérison, mais les mouvements de l'œil étaient encore lents et les douleurs sourdes ont persisté pendant deux mois.

Névrite.

La névrite optique est une complication exceptionnelle. Le professeur Panas a publié deux observations (*Sem. méd.*, 1890. *Presse médicale*, février 1895). Dans les deux cas les malades avaient présenté, au cours d'une blennorrhagie, des phénomènes de sciatique, et dans le premier cas le malade avait en plus un rhumatisme très intense qui avait duré 4 mois.

Ce qui a caractérisé cette variété de névrite optique c'était l'abolition de la vision qui a été brusque et unilatérale ; l'œil amblyope : le malade arrive à peine à compter les doigts à la distance de 1 mètre et demi.

Le champ visuel était rétréci concentriquement du côté malade ; le sens chromatique normal, pas de diplopie ; la pupille notablement élargie ; le réflexe lumineux et accommodateur tantôt conservé, tantôt aboli.

Examen ophtalmoscopique : papille œdématisée, infiltrée, les contours voilés, flous, mal limités, les veines dilatées, flexueuses ; les artères petites, filiformes. A l'imagée droite la pupille est saillante à l'intérieur de l'œil.

L'œil resté en apparence normale, présente à l'examen ophtalmoscopique des lésions analogues à celles du côté opposé quoique à un degré moindre.

La bilatéralité de la lésion excluait son point de départ dans la portion orbitaire, l'absence de paralysie des filets iriens excluait une lésion des noyaux d'origine du nerf et faisait admettre une méningite basilaire.

Comme complications rares du côté des organes des sens nous mentionnerons les troubles auditifs. M. le professeur Fournier dans son article du Dictionnaire Jaccoud signale une surdité incomplète qu'il avait vue deux fois dans les mêmes conditions.

Fischel (1) a publié dans la *Prager med. Wochensch.* le cas d'un malade qui au cours d'une blennorrhagie aiguë avec épидидymite gauche et fièvre intense, fut pris de céphalée violente et de sifflement dans les oreilles, symptômes qui

(1) FISCHEL, *Prager med. Wochensch.*, 18 mars 1891 (voir cette observation au chapitre Névrite périphérique).

furent bientôt suivis de surdité complète des deux oreilles.

Pour Fischel il s'agit de troubles labyrinthiques vaso-moteurs ou trophiques d'origine réflexe et dont le point de départ doit être cherché dans une irritation des nerfs des organes génitaux ; avec Raymond nous croyons qu'il s'agit plutôt d'une névrite due à l'infection blennorrhagique.

CHAPITRE VII

Déterminations cutanées (Troubles trophiques cutanés).

Historique. — Étudiées surtout par les auteurs modernes, les manifestations cutanées de la blennorrhagie n'avaient pas passé inaperçues par les auteurs de la plus haute antiquité.

Larrey a publié en l'an XII, une observation qu'on peut considérer comme la première en date. Selle, en 1871, dit dans son ouvrage intitulé *Medica Clinica* : « Je suis assuré par une propre expérience et par celle des autres que la matière gonorrhéique peut être absorbée et produire des douleurs aux articulations et des affections cutanées. »

Hélot, signalait en 1844, d'après Cazenave, l'érythème blennorrhagique, comme possible même en l'absence de tout traitement.

Cullerier (*Des affections blennorrhagiques*, Paris, 1861), parle d'eczéma aigu et de disposition furoncleuse dans le cours de la blennorrhagie.

Pidoux signale à la Société médicale des hôpitaux en 1866, dans la discussion sur le rhumatisme blennorrhagique, des éruptions cutanées, qu'il appelle lymphatico-herpétiques.

Dans la même discussion Hervieux dit : « la blennorrhagie peut donner lieu à des manifestations très variées et très multiples : épидидymite, ophtalmie, arthrite, éruptions cutanées, qui ne sont explicables que par une infection du sang,

une intoxication. » Féréol est aussi de l'opinion de Pidoux en ce qui concerne les manifestations cutanées.

Ballet en 1882 attire l'attention sur les érythèmes blennorrhagiques dans un travail publié dans les *Archives générales de médecine*.

Le professeur Landouzy, dans deux leçons cliniques faites à la Charité en 1882 et 1884, soutient l'opinion de M. Ballet.

Andret en 1884 fait sa thèse sur les manifestations cutanées de la blennorrhagie et Mesnet à la même époque (thèse de Paris, 1889) sur les érythèmes blennorrhagiques.

En 1884, dans la *Gazette médicale de Paris* du 28 juin, Balzer publie une observation d'érythème infectieux au cours de la blennorrhagie.

De Molène-Mahon, montre des cas d'érythèmes se produisant chez les blennorrhagiques. Signalons encore les mémoires et les observations de Klippel (*Ann. méd. chir.*, nov. 1880), de Ballet (*Revue de Méd.*, 1885, p. 509), de P. Molènes (*Ann. de dermat.*, 1889, p. 88), Tenneson (*Réunion clinique hebdom. des médecins de St-Louis*, 27 déc. 1888), Voituriez (*Journal. des sc. méd. de Lille*, 1889), L. Perrin (*Ann. de dermat.*, 1890), L. Reynaud (*Ann. de dermat.*, 1891, p. 213), Balzer et Lacour (*Ann. de dermat.*, 1894, p. 1015), Marmoumier (*Dauphiné médical*, 1894, p. 169) et la thèse de Bergeron (1894).

Les cornes cutanées ont été signalées par Vidal (*Ann. de dermat.*, 1893, p. 3), Jeanselme (*Ann. de dermat.* 1893 p. 526). Jacquet (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 janvier 1897) et par Chauffard (*Soc. méd. des hôp.*, 23 avril 1897).

Étiologie. — Les déterminations cutanées de la blennorrhagie ont été observées presque toujours chez l'homme,

mais elles peuvent se rencontrer chez la femme et chez les enfants. La fréquence chez l'homme s'explique soit par la disposition de sa muqueuse uréthrale, qui possède une faculté d'absorption toute spéciale éminemment favorable à la genèse des complications générales.

C'est de 17 à 35 ans, qu'on voit surtout les manifestations cutanées, âge où le blennorrhagie est plus fréquente.

A côté de l'âge et du sexe, il faut faire intervenir à titre de causes prédisposantes l'influence des fatigues, des excès de table et de boisson (Observations de Mesnet. Perrin, Ballet), toutes les causes de débilitation en un mot.

Il faut tenir compte aussi de la prédisposition innée sur laquelle insiste M. Besnier et dont les éléments nous échappent. Il est cependant un fait curieux sur lequel il faut insister, c'est que les dermatopathies blennorrhagiques n'ont pas la même tendance à reparaitre à chaque nouvelle récurrence de la blennorrhagie comme l'arthralgie ou encore la tolaigie ; une exception doit être faite pour les cornes cutanées.

Les manifestations cutanées se voient surtout vers la quatrième ou cinquième semaine, rarement au début (cas de Balzer) (1). Elles peuvent être précédées ou accompagnées d'autres complications : arthropathies (cas de Besnier) (2) et de Tenneson (3), d'orchioépididymite (cas de Ménard) (4), Molènes (5), Voituriez (6), Ballet (7), etc.

(1) BALZER, *Gazette méd. de Paris*, 1889.

(2) BESNIER, *Rhum.* du *Dict. encyclop.*

(3) TENNESON, Hydrocèle et arthropathies blenn. *Ann. de dermat. et syphil.*, 1889.

(4) MÉNARD, *Annales de dermat. et syphil.*, 1880.

(5) MOLÈNES, *Ann. de dermat. et syphil.*, 1889.

(6) VOITURIEZ, *Journal des sciences médicales de Lille*, 1889.

(7) BALLEZ, *Revue de médecine*, 1885.

Les cornes cutanées se voient surtout au cours des blennorrhagies compliquées d'arthrites (arthro-blennorrhagisme de Jacquet).

Pathogénie. — Lorsqu'il s'agit d'interpréter les déterminations cutanées de la blennorrhagie, deux cas peuvent se présenter : 1° le malade a été traité par les balsamiques ; 2° Il n'a pris aucun médicament.

A. Dans le premier cas la plupart des auteurs rapportaient, il y a quelques années à peine, toutes les manifestations cutanées observées au cours de la blennorrhagie, aux balsamiques et principalement au copahu.

On croyait que celui-ci s'éliminait en grande partie par la peau et manifestait son action sur le tégument par plusieurs variétés d'éruptions. Si cette théorie était vraie, il faudrait que ces différentes éruptions se manifestent toutes les fois que le copahu est administré ; quelle que soit la cause ; mais c'est le contraire qui arrive et dans les autres maladies où le copahu est employé (bronchite, cystite, iritis syphilitique, psoriasis, fièvre palustre etc.). Son emploi n'est jamais suivi (sauf la diphtérie) de manifestations du côté de la peau. Il est donc plus logique d'incriminer l'agent infectieux plutôt que l'agent thérapeutique (de Molènes, *loc. cit.*).

Un autre argument, qui prouve que le copahu ne doit jouer aucun rôle, est que les éruptions s'effacent alors même que l'on continue les balsamiques à haute dose.

On peut donc avec Besnier donner la conclusion suivante : « La blennorrhagie pouvant déterminer d'une manière certaine la plupart des manifestations cutanées, qui ont été attribuées aux balsamiques en général et au copahu en particu-

lier, ces manifestations ne doivent plus être rapportées à titre banal aux balsamiques exclusivement.

B. Le deuxième cas qui se présente est celui où le malade n'a pas pris de balsamiques. La première opinion qu'on pourrait soutenir et qu'on a soutenu, c'est qu'il s'agit là de simple coïncidence.

Mais, les phénomènes généraux précurseurs, la concomitance fréquente d'autres complications (arthropathies, conjonctivite etc.), le mauvais état général dans les cas de kératose, la récurrence de cette kératose lorsque le malade contracte une nouvelle blennorrhagie (cas de Vidal où le malade ayant contracté une nouvelle blennorrhagie deux ans après la guérison de la première, vit bientôt se reproduire les arthrites et la dermatose cornée avec les mêmes caractères que la première fois; cas de Jacquet, où le malade offrit la même poussée de kératose pendant le cours de trois atteintes successives d'arthro-blennorrhagisme), tous ces phénomènes prouvent bien que ces manifestations sont sous la dépendance de l'infection générale blennorrhagique.

Il s'agit maintenant de préciser par quel mécanisme la blennorrhagie produit ces manifestations cutanées.

Ici trois théories sont en présence:

A. *Théorie des infections secondaires et de la pyohémie.* D'après cette théorie, il y aurait résorption purulente à la surface des muqueuses. Les érythèmes auraient la même pathogénie que dans l'infection purulente. Il s'agit là d'une simple hypothèse et les auteurs, qui l'ont soutenue, n'ont apporté aucune preuve à l'appui. Ajoutons qu'en ce qui concerne les infections secondaires nous ne connaissons que le cas de Pitroffella (purpura à streptocoques au cours d'une blennorrhagie)

où l'examen microscopique des taches purpuriques démontra la présence des streptocoques.

B. *Théorie de l'infection*. R. Mesnet (*loc. cit.*) a pensé d'abord que les manifestations cutanées étaient dues au gonocoque, « il est permis de concevoir que l'agent infectieux de la blennorrhagie puisse s'éliminer par la peau et y produire des manifestations cutanées toutes particulières comme cela s'observe dans les autres maladies infectieuses ». Mais jusqu'aujourd'hui, personne n'a signalé la présence du gonocoque dans les éruptions cutanées, bien que leur examen ait été souvent pratiqué (Vidal, Chauffard).

C. *Théorie toxi-nerveuse*. D'après cette théorie, les *toxines sécrétées* par les gonocoques *déterminent les manifestations cutanées par l'intermédiaire du système nerveux*.

En effet Besnier, Jacquet et Jeanselme admettent que les érythèmes blennorrhagiques se produisent suivant le mécanisme que Koebner (1869) et Levin (1876) ont admis pour les érythèmes en général, il s'agit d'éruptions de nature *angio-nerveuse*. Cette interprétation rend très bien compte de certaines particularités » telles que la symétrie fréquente des manifestations cutanées et le caractère en général plutôt congestif qu'inflammatoire démontré par la rapidité de leur disparition.

En ce qui concerne les cornes cutanées les auteurs les considèrent comme un trouble trophique. L'aspect des lésions, leur symétrie, les troubles nerveux concomitants, tels que l'altération des réflexes exagérés ou diminués, les modifications de la sensibilité, plaident en faveur de cette hypothèse.

Symptômes. — Les accidents cutanés de la blennorrhagie

revêtent des formes diverses et multiples sur lesquelles Pidoux avait déjà attiré l'attention et qu'on peut diviser en trois catégories :

- Les érythèmes ;
- Le purpura ;
- Les cornes cutanées.

ERYTHÈMES. — Les érythèmes survenus au cours de la blennorrhagie peuvent revêtir plusieurs aspects : rubéoliforme, scarlatiniforme, polymorphe, parfois même herpétiforme, eczémateux (cas de Raymond) (1).

Quel que soit le caractère de l'éruption, l'érythème est généralement précédé de prodromes qui consistent en malaise, courbature, céphalée, inappétence et embarras gastrique, ensemble de phénomènes qui peuvent faire croire à l'apparition d'une fièvre éruptive (scarlatine, variole, etc.). Quoiqu'il en soit l'éruption apparue, les troubles généraux cèdent généralement. L'éruption survient au bout de 1 à 4 jours et se caractérise par des taches rouges plus ou moins confluentes irrégulièrement disséminées, quelquefois groupées en cercles ou demi-cercles. Ces taches de dimensions variables sont plates ou légèrement saillantes, elles disparaissent sous la pression du doigt, elles sont généralement plus foncées au centre, mais parfois elles pâlisent au centre tandis que le bord rouge persiste et s'étend, et l'érythème prend alors la forme annulaire ; si plusieurs cercles se rencontrent il pourra se former de véritables placards à bords festonnés plus ou moins irréguliers.

(1) RAYMOND, Erythème polymorphe blennorrhagique. *Annales de dermat. et de syphil.*, 1891.

Dans certains cas l'éruption est formée de larges plaques rouges, uniformes, scarlatineuses. La tache primitive peut prendre la forme papuleuse et devenir plus saillante ; dans ce cas le prurit semble plus considérable en même temps que la consistance des éléments éruptifs est plus grande ; ces éléments siègent le plus souvent sur les membres, mais ils peuvent envahir différentes régions du corps : face, tronc, etc.

Dans certains cas les taches deviennent volumineuses et saillantes et constituent l'érythème noueux.

On voit alors un véritable noyau infiltré dans le derme, du volume d'un gros pois, d'une noisette, arrondi, consistant, douloureux à la pression, de coloration rouge et qui laisse après disparition une macule jaunâtre puis brunâtre.

Leur siège d'élection est les membres inférieurs et surtout la partie antérieure des jambes (cas de Roudaire) (1).

Parfois la tache érythémateuse saillante, s'étale et forme des plaques analogues à l'urticaire.

Dans une observation de Tenneson (2) le malade présente une éruption d'hydroa sur la face dorsale des mains et des poignets. Ces érythèmes s'accompagnent parfois de démangeaisons plus ou moins vives principalement le premier ou le second jour de l'éruption. Sauf le cas d'érythème noueux les taches sont indolentes à la pression.

Les différentes variétés d'éruption peuvent exister à l'état isolé ou bien se combiner de différentes façons. Parfois on assiste à la transformation successive de l'éruption qui peut

(1) F. ROUDAIRE, *Des éruptions dans le cours du rhumatisme aigu*. Thèse de doctorat, 1878.

(2) TENNESON, Hydroa et arthropathies chez un individu atteint de blennorrhagie. *Ann. de dermat. et syphil.*, 1889.

être rubéolique d'abord puis scarlatineuse, phlycténulaire, etc.

L'éruption n'envahit jamais la paume des mains ni la plante des pieds, elle est rare à la face, mais elle peut l'envahir et s'accompagner même d'œdème très marqué.

L'éruption ne reste pas toujours localisée à la peau, dans certains cas elle envahit en même temps, ou un ou deux jours avant, les muqueuses. C'est ainsi que la voûte palatine, le voile du palais, le pharynx, plus rarement la muqueuse laryngée et la conjonctive sont le siège d'une rougeur vive ou d'un pointillé comme dans la rougeole.

Les symptômes généraux disparaissent en général avec l'apparition de l'éruption, mais ce n'est pas la règle, et dans certains cas les érythèmes blennorrhagiques s'accompagnent de fièvre et d'état général assez grave. On peut observer des poussées éruptives successives avec élévation de température à chaque poussée.

Ces éruptions sont parfois éphémères et fugaces, mais généralement elles disparaissent par résorption simple après une durée de 7, 8 à 10 jours.

Le pronostic est bénin puisque la guérison a été la règle dans presque tous les cas observés. « D'ailleurs dans l'évaluation du pronostic il ne faut pas tenir tant compte de l'éruption que des conditions individuelles présentées par chaque malade. Ce sont elles bien mieux que la nature de l'irritant qui font la maladie légère ou grave, bénigne ou maligne (1). »

PURPURA. — Le purpura d'origine blennorrhagique est rare, car on ne connaît en tout qu'une dizaine d'observations.

(1) BESNIER, Pathogénie des érythèmes. *Ann. de dermat.*, 1890.

Bès (1), dans sa thèse, rapporte l'observation d'un malade guéri de sa blennorrhagie depuis deux mois chez lequel survient une poussée de purpura avec érythèmes des jambes. Or ce malade était tuberculeux et avait des douleurs articulaires. Dans ce cas il est difficile de rapporter le purpura à la blennorrhagie (Bergeron, *loc. cit.*). Les autres observations ne paraissent pas plus probantes, elles ont été recueillies : une par Mathieu (thèse de Paris, 1883), deux par Lailler, trois par Finger, une par Picard, une par Ricard, une par Feulard et une par Balzer.

On peut avec Guiard (2) ajouter aux faits précédents les trois cas de Litten (3). Dans ces trois cas les malades avaient contracté une blennorrhagie qui fut suivie, peu de temps après, d'une tuméfaction douloureuse des articulations métatarso-phalangiennes ; en même temps il survint des poussées de pétéchies sur les membres inférieurs ; on avait en somme le tableau de la péliose de Schoenlein et cependant ces accidents étaient indubitablement liés à la blennorrhagie.

CORNES CUTANÉES OU DERMO-PAPILLITE HYPERKÉRATOSANTE (4). — Les cornes cutanées qui apparaissent généralement de trois à cinq semaines après le début de l'infection blennorrhagique se présentent sous deux formes principales qu'on trouve ordinairement réunies chez le même malade : elles peuvent être ou circonscrites et discrètes, ou étendues et confluentes.

Les éléments circonscrits ont l'aspect de cônes cornés d'un

(1) BÈS, Th. de Paris, 1872.

(2) F. GUIARD, *Compl. générales de la blennorrhagie*, t. III, 1898, p. 344.

(3) LITTEN, *Soc. de méd. intern. de Bordeaux*, 10 décembre 1894.

(4) Voir la revue de G. LEDAMANY, *Presse médicale*, 19 juin 1897, p. 282.

diamètre de 5 à 10 millimètres. Leur saillie varie de 1 à 9 millimètres. Lorsqu'elles sont petites elles ressemblent à de fines gouttelettes de cire jaune ; lorsqu'elles sont plus volumineuses, leur coloration devient parfois brunâtre et elles semblent alors formées des stratifications successives, dont on voit des traces à la périphérie sous forme de cercles irréguliers striant la surface de la base au sommet.

Quand les éléments sont confluent ou quand la plaque d'hyperkératose ne reste pas circonscrite, on peut voir les épaissements cornés former des bandes de 1 centimètre de largeur sur 3 à 4 centimètres de longueur. Parfois même ils forment de véritables coques talloïdes.

Le malade de M. Chauffard avait, en outre, une sorte de semelle plantaire. Dans ces cas l'aspect rappelle celui d'un massif montagneux surmonté de pics plus élevés (Jeanselme). Ces placards, sur la pulpe des doigts et des orteils, constituent des calottes cornées, qui parfois, soulèvent les ongles et peuvent en amener la chute en s'interposant entre le derme unguéal et l'ongle lui-même ; il reste alors, à la place de l'ongle, une croûte jaunâtre, dure et sèche, encadrée par une couche cornée, plus dure, plus épaisse et plus élevée.

La consistance des cornes cutanées est ferme, lorsqu'on les enlève on trouve au-dessous le derme légèrement saillant, villosité ou lisse, ordinairement rouge. Cette rougeur forme parfois une mince aréole périphérique, un liseré érythémateux.

En tombant ces cornes et ces placards d'hyperkératose laissent des taches rouges qui plus tard peuvent devenir des macules pigmentées.

L'hyperkératose peut se rencontrer sur tous les points du

corps, même à la face, au cuir chevelu et aux organes génitaux ; mais elle se localise de préférence aux extrémités, principalement aux faces palmaires et plantaires et se fait remarquer généralement par sa symétrie.

La durée des productions cornées est assez longue, 40 jours dans le cas de Le Damany, plus de deux mois et demi dans celui de Jeanselme ; le malade de Vidal ne put reprendre son travail que sept mois après leur apparition. Elles récidivent assez souvent.

M. Chauffard dit que les cornes cutanées sont dues à une dermité papillaire superficielle résolutive, accompagnée surtout d'hyperactivité formatrice et kératinisante de l'épithélium malpighien : c'est une dermo-papillite hyperkératossante.

Diagnostic. — Le diagnostic des dermopathies blennorrhagiques malgré l'absence du caractère spécifique de l'éruption, est en général facile. Le polymorphisme de l'éruption, son évolution aiguë, les troubles généraux concomitants, l'existence d'un écoulement blennorrhagique, la coïncidence parfois d'autres manifestations du rhumatisme blennorrhagique sont autant de phénomènes qui permettront de faire le diagnostic.

Mais dans certains cas, lorsque le malade ignore sa blennorrhagie, ou qu'il ne renseigne pas le médecin, lorsque l'écoulement est peu abondant et qu'il n'attire pas l'attention, dans ces cas le diagnostic peut présenter quelques difficultés ; dans ces conditions les éruptions blennorrhagiques pourraient faire croire à une rougeole, scarlatine, variole ou fièvre typhoïde etc., mais les antécédents du malade, l'évolution des phénomènes généraux, le caractère de l'éruption mettront facilement sur la voie.

Les éruptions syphilitiques fébriles peuvent aussi prêter à l'erreur : mais l'absence d'accidents syphilitiques, la marche de la syphilide, son siège, sa couleur, son indolence suffisent pour faire le diagnostic.

Le diagnostic avec l'érythème copahivique est plus difficile, il est presque impossible si le malade a pris du copahu. L'éruption copahivique présente néanmoins quelques caractères différentiels : elle se produit lentement, elle se limite aux mains, aux poignets, aux pieds, aux malléoles et aux genoux (Landouzy, *loc. cit.*) ; si elle apparaît rapidement tout le tégument externe est envahi d'emblée avec phénomènes généraux intenses (Bergeron, *loc. cit.*). L'éruption se caractérise par des taches rosées ou rouges pouvant se réunir et constituer des plaques plus ou moins régulières, se terminant par résolution ou par une légère desquamation purpuracée.

Le diagnostic des cornes cutanées est en général facile ; le développement rapide peu douloureux pendant une blennorrhagie, compliquée le plus souvent d'arthropathies, la durée relativement brève, la guérison spontanée, la prédominance aux extrémités et la symétrie des lésions, constituent autant de caractères qui permettront de reconnaître l'hyperkératose blennorrhagique.

Traitement. — Nous ne connaissons aucun traitement capable d'agir directement sur les dermopathies blennorrhagiques, le traitement sera donc simplement symptomatique ; on le placera dans de bonnes conditions hygiéniques, on prescrira le repos au lit pendant l'éruption, les antipyrétiques dans les cas où la température serait élevée, et d'un autre côté on dirigera un traitement actif contre l'écoulement urétral, source de l'infection générale.

CONCLUSIONS

I. — Les manifestations nerveuses rencontrées dans la blennorrhagie sont nombreuses ; elles peuvent être groupées sous 7 chapitres différents : Accidents cérébraux, médullaires, névroses, névrites périphériques, névralgies, troubles des organes des sens et déterminations cutanées. Toutes ces complications doivent être considérées comme des manifestations de l'infection générale blennorrhagique.

II. — Les accidents cérébraux sont très rares ; ils peuvent revêtir quatre formes distinctes : La forme délirante, la forme de folie, la forme méningitique et apoplectique. Le pronostic varie avec la forme observée ; bénin dans les cas de folie (la plus fréquente) ou dans la forme délirante, il est très grave dans les formes méningitique et apoplectique.

III. — La méningo-myélite revêt le plus souvent la forme diffuse dorso-lombaire. Son pronostic doit être réservé ; et en tout cas il nous paraît plus grave que dans les cas de névrites.

IV. — Les névrites périphériques se localisent le plus souvent aux membres inférieurs ; très rarement elles revêtent une forme généralisée ou celle de névro-tabes et de névrite partielle optique ou acoustique. Le pronostic est favorable à condition qu'on sache les soigner ; le traitement, qui consiste en immobilisation et application des courants galvaniques, est d'une importance capitale, car bien dirigé il guérit le

plus souvent les malades et les empêche de devenir des infirmes.

V. — Les névroses rencontrées dans la blennorrhagie sont : La neurasthénie, l'hystérie et la chorée. La neurasthénie est la plus fréquente, l'hystérie et la chorée sont exceptionnelles.

VI. — Les névralgies blennorrhagiques peuvent se montrer dans le domaine du nerf crural ou lombo-abdominal ; mais la névralgie sciatique est celle qu'on rencontre le plus souvent ; elle est de courte durée, et bénigne, la bénignité tient à son évolution rapide, à son peu de tendance à récidiver s'il ne survient pas de nouvelle blennorrhagie, à l'absence d'atrophie.

VII. — Du côté des organes de sens on peut rencontrer des complications rares qui portent sur le nerf auditif, et des complications fréquentes qui se montrent du côté des yeux et se présentent sous formes de : conjonctivite, iritis, aquo-capsulite, dacryocystite, ténonite et névrite optique.

VIII. — Les déterminations cutanées, qu'on considère comme des éruptions angio-nerveuses et comme troubles trophiques dus à la toxine gonococcique, revêtent les formes d'érythème, de purpura et de cornes cutanées.

OBSERVATIONS

§ 1.— Accidents cérébraux.

OBS. 1.— (*Délire blennorrhagique* Thèse de BONNET).

Le 15 mars 1874 est entré à l'hôpital de Poitiers, salle St-Louis, n° 15, service de M. Chedevergne, le nommé Hardi, soldat au 20^e d'artillerie. Le malade est atteint depuis 12 jours d'une blennorrhagie qu'il a traitée jusqu'alors par des injections d'eau de guimauve. Il entre à l'hôpital pour une arthrite du genou droit.

Aussitôt son entrée, l'interne de garde fait sur l'articulation malade une application de dix sangsues, on prescrit en outre comme médication interne, bicarbonate de soude 10 grammes à prendre dans la tisane.

Le 15 mars, le genou gauche et la hanche droite se prennent à leur tour.

Deux jours après, le 21 mars, les douleurs disparaissent aux jointures déjà atteintes, et se montrent avec une grande intensité à l'épaule droite. La fièvre est modérée, le pouls donne 92 à 100 pulsations. Traitement : continuation du bicarbonate de soude.

Le 25 au matin, on apprend que le malade a passé une nuit très agitée. Il a eu du délire, et a tenté plusieurs fois de sortir de son lit, le matin il est plus calme ; les facultés intellectuelles sont intactes, il présente une dilatation très marquée des pupilles. En même temps il accuse de la douleur au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du gros orteil droit.

Le 26. — Le malade a encore eu du délire la nuit.

Pendant une grande partie de la journée il reste dans un état de sub-délirium assez marqué.

Le 27. — Epistaxis, les pupilles sont encore dilatées, la nuit a été plus calme.

Traitement. — Application de sinapismes sur les articulations des genoux qui ont cessé d'être douloureuses depuis le 21 mars.

Le 28. — Les symptômes cérébraux se sont beaucoup amendés ; le malade est calme, n'a plus de délire, les pupilles sont normales. En même temps sous l'influence de la révulsion, le gonflement a reparu un peu au genou droit ; la tuméfaction de l'articulation métacarpo-phalangienne a diminué. L'écoulement urétral continue, il est muco-purulent, un peu sanguinolent même.

Le 29. — La nuit a été très agitée, jusqu'à 5 heures du matin, heure à laquelle le malade a pu s'endormir d'un sommeil si profond qu'on n'a pu le réveiller qu'avec peine. Les pupilles sont moins dilatées, le pouls moins fréquent est à 72. — La douleur du genou droit continue, la hanche droite se reprend à son tour.

Application de sinapismes sur les jointures.

Le 30, pas de délire la nuit. Douleurs très vives dans les deux genoux. Epanchement dans le genou droit. La pupille est normale. Le malade n'a presque plus de fièvre, son pouls bat 84.

Prescription. — Potion avec sirop thébaïque 8 grammes. Cataplasmes laudanisés sur les genoux.

Douleur et gonflement persistant de l'articulation métacarpo-phalangienne.

Le 31. — Douleurs vives dans les genoux, et surtout dans les régions iliaques et lombaires du côté droit. La pupille reste normale.

Prescription. — Potion avec 10 centigrammes extrait thébaïque, sinapismes aux mollets.

Le 1^{er} avril. — Grandes douleurs aux genoux. Les phénomènes cérébraux ont complètement disparu.

Les douleurs de genoux disparaissent dans la soirée, elles continuent à l'articulation scapulo-humérale droite, de plus l'articulation sterno-claviculaire gauche est prise. Le pouls est remonté à 100.

Le 2. — Douleurs persistantes aux épaules. Diarrhée assez forte. Amygdalite.

Le 3. — Le malade passe une assez mauvaise nuit, la douleur l'empêche de dormir, mais il n'a pas de délire.

Le 5. — Les douleurs des épaules et des genoux cessent le soir, l'articulation tibio-tarsienne se prend à son tour. La diarrhée a diminué, la fièvre a disparu. Enfin jusqu'au 13 mai, époque à laquelle il obtient un congé de convalescence, le malade est soumis à des alternatives d'amélioration et d'exacerbation. Ses douleurs rhumatismales errent d'articulation en articulation, et finissent enfin par disparaître en laissant le malade profondément anémié, la douleur persiste cependant encore quoique fortement atténuée dans le genou droit. L'écoulement urétral a complètement disparu. Les symptômes cérébraux n'ont pas reparu depuis le 30 mars, on considère le malade comme complètement guéri.

OBS. 2. — *Blennorrhagie. — Accidents articulaires. — Endocardite. — Accidents cérébraux. — Eruption cutanée. — Mort.* — Recueillie par M. MEURIOT, interne de service (*Gaz. des hôp.*, 1868).

Le nommé L. R..., âgé de 24 ans, employé de commerce, entre le 22 novembre 1866 à la maison municipale de santé, au n° 18 du rez-de-chaussée, service de M. le Dr Bourdon. Ce jeune homme est en proie à un délire violent, il s'agite, crie sans cesse. Il est dans le même état depuis 24 heures. Voici les renseignements qu'il nous a été possible d'obtenir sur ce malade auprès des personnes qui l'accompagnaient. Ce jeune homme, d'une constitution moyenne, a toujours eu une bonne santé et n'a jamais fait de maladies sérieuses. Dans sa famille, il ne connaît pas de rhumatisants, ni de gouteux. Son père et sa mère, qui vivent encore, sont d'une excellente santé. Notre malade n'a ni hémorroïdes, ni varices, il n'est pas non plus sujet aux migraines, ni aux maux de gorge. Envoyé en France, il y mena une vie très agitée ; il passait souvent les nuits et faisait surtout des excès vénériens. Il y a 2 mois, il contracta une blennorrhagie violente. Il la soigna mal, surtout pendant un voyage qu'il fit en Espagne. Il y a un mois, il revenait de ce pays, il eut froid en chemin de fer, la fièvre le prit, et il arriva à Paris, se plaignant de douleurs dans les jointures et d'une transpira-

tion abondante. Les articulations du cou-de-pied, les genoux et les coudes se prirent et devinrent manifestement tuméfiés et douloureux. L'écoulement urétral était tari et depuis il n'a pas reparu. Toutes les articulations furent successivement affectées ; elles étaient très gonflées, très douloureuses, mais sans grande rougeur de la peau environnante.

Le malade fut traité par le sulfate de quinine à la dose de 0,75 par jour.

Il y a 48 heures, la nuit, sans cause appréciable, le malade est pris de délire. Le lendemain les articulations avaient cessé d'être douloureuses, mais le délire et l'agitation avaient augmenté.

Voici l'état du malade, tel qu'il fut constaté à son entrée à la maison de santé.

C'est un homme pâle, dont la couleur noire de la barbe et de la chevelure fait encore ressortir la blancheur mate du teint. Son délire est violent, il cherche à sortir sans cesse de son lit, il parle sans interruption. Au milieu de son langage nous reconnaissons quelques mots qui nous permettent de reconnaître une tendance érotique à son délire. Le malade porte aussi constamment la main aux parties génitales.

Il ne se tait que lorsqu'on lui parle très haut ; il vous regarde alors d'un air étonné, et si on lui demande la langue, il vous la montre, mais lorsqu'on cesse de lui parler, il recommence bientôt ses propos incohérents. La face n'est nullement congestionnée, mais, au contraire, comme nous l'avons dit, d'une pâleur remarquable. Rien aux conjonctives, les pupilles sont dilatées toutes les deux également. La peau est chaude et couverte de sueurs profuses. Le pouls est fort, vibrant, régulier et fréquent. Il bat 112 pulsations par minute.

La langue est humide et couverte d'un léger enduit saburral ; ni nausées, ni vomissements. Constipation. Soif vive.

Toutes les articulations sont saines, ni rougeur, ni gonflement, ni douleur. L'épaule droite seule présente de la douleur, et quand l'on fait exécuter des mouvements au membre supérieur droit, on arrache des cris au malade.

Bruit de souffle ayant son maximum à la pointe. Battements de cœur nettement perçus par la main.

On applique des sinapismes sur les articulations qui ont été malades les dernières, c'est-à-dire l'épaule, le coude, le genou du côté droit, le cou-de-pied du côté gauche.

Prescription. — Chiendent nitré : potion avec 0 gr. 05 extrait thébaïque.

Le 23. — La nuit a été mauvaise, toujours très agitée. Le malade a cherché sans cesse à se lever, le matin un peu moins d'excitation. Il est plus calme mais il parle toujours avec incohérence. Il est plus difficile de fixer l'attention du malade qui montre sa langue avec peine. Il a bu beaucoup, il a uriné volontairement, pas de garde-robes. Rien de nouveau dans les articulations, l'épaule droite est toujours un peu douloureuse. La langue est humide, la peau chaude, toujours couverte de sueurs ; le pouls fort, vibrant à 102.

Vésicatoires autour des genoux et du cou-de-pied, sinapismes sur les autres articulations, 0 gr. 15 de calomel en 15 paquets.

Le 24. — Toujours du délire, mais un peu moins d'agitation. Même prescription.

Le 25. — Le même état se continuant, M. Bourdon fait raser la tête du malade, et fait appliquer un vésicatoire qui recouvre toute la tête, on continue le calomel à dose fractionnée.

Le 26. — Le malade va beaucoup mieux, la nuit il a été assez calme ; mais la fièvre est toujours la même. Pouls vibrant à 112. Le malade se plaint de palpitations. Même bruit de souffle cardiaque.

Le 27. — Le mieux se continue. Le malade est calme et tranquille. Le genou droit est tuméfié et douloureux.

L'épanchement de l'articulation est assez considérable. Le cou-de-pied du côté gauche est aussi légèrement atteint. Toujours de la douleur dans l'épaule droite.

Le 28. — Les mêmes articulations sont toujours prises. Le malade se 20 plaint beaucoup de palpitation. Même état du cœur.

Prescription. — Vésicatoire sur la région précordiale. Potion avec gouttes de teinture de digitale.

Le 1^{er} décembre. — Le malade est mieux. Plus de délire. Moins de

palpitations, toujours de la fièvre. Pouls à 212. Les articulations précédemment prises continuent à être le siège de tuméfaction et de douleur.

Le malade présente à ce moment une éruption cutanée dont voici les caractères. En arrière de l'épaule droite on trouve une tache noirâtre, saillante, à peu près circulaire, dimension d'une pièce de 2 francs. Cette tache rénitente et douloureuse a tout à fait l'aspect d'une ecchymose qui s'est faite dans l'intérieur du derme. L'épiderme est soulevé par places, au-dessus de cette tache, par une petite quantité de sérosité noirâtre sans odeur. On en rencontre encore sur d'autres parties du corps, poitrine, genou etc. Toutes ces taches ont une coloration noirâtre plus ou moins foncée, leur forme est très variable. Cette éruption semble constituée par une suffusion sanguine, qui s'est produite dans le tissu cellulaire sous-cutané, et dans l'épaisseur du derme. Parfois même au niveau de ces taches ecchymotiques, l'épiderme est soulevé par de la sérosité sanguinolente.

Cette éruption, lors de son apparition, nous parut devoir se rapprocher du purpura urticaire que M. Cazenave assimile à l'*urticaria tuberosa* de Willam.

Prescription. — Limonade sulfurique.

Les jours suivants, le malade se plaint beaucoup du point où l'on observe des ecchymoses. Quelques gouttes de sérosité sanguinolente s'écoulent de ces plaques ecchymotiques sur lesquelles on retrouve l'épiderme soulevé et déchiré. Pas d'odeur. La pression à leur niveau réveille toujours une douleur qui paraît assez vive. Rien de changé dans l'état des articulations malades, toujours de la fièvre.

Le 7 décembre. — Le malade se plaignant de nouveau de palpitations et de douleurs au niveau de la région précordiale, on lui applique un nouveau vésicatoire. Le bruit de souffle est toujours le même. Un peu d'œdème autour des malléoles. Pouls toujours vibrant, il bat à 112. On continue la digitale.

Le 5 janvier, le malade a eu 2 hémoptysies abondantes. Il a des vomissements bilieux. Toujours des palpitations. Quant aux ecchymoses de la peau, les unes conservent le même aspect, les autres paraissent se transformer en eschares.

La peau est encore chaude et couverte de sueurs. Le pouls régulier bat 96 par minute.

Le 7. — Toujours de la fièvre. Le malade se plaint d'une céphalalgie assez intense. Un peu de délire mais un délire tranquille. Les vomissements continuent.

Prescription. — Lavement avec 1 gr. 25 de sulfate de quinine ; on supprime la digitale.

Le 8. — Le délire persiste, toujours des vomissements. Pouls 100. Le malade a eu un violent frisson qui a duré 20 minutes.

On prescrit un lavement avec 3 grammes d'alcoolature d'aconit.

Les jours suivants le délire continue, mais calme. Quelquefois aussi le malade cherche à se lever. Il a des frissons irréguliers. La peau est toujours chaude, mais le pouls est moins fréquent, 90 pulsations.

Même état du cœur et des articulations.

Le 11. — Le délire a cessé. Le malade a eu une légère épistaxis ; la langue est humide ; les vomissements persistent.

Le 15. — Le délire a reparu, les frissons reviennent, toujours irréguliers, vomissements, pouls à 84.

Lavement avec 2 grammes de sulfate de quinine, qu'on continue les jours suivants.

Le 19. — Un peu de délire, vomissements.

Rien de changé dans l'état du cœur et des articulations.

Il survient du gonflement œdémateux de tout le membre inférieur droit, et une rougeur diffuse au niveau du sacrum. Les ecchymoses de la peau ont fourni des eschares en plusieurs points. Celles-ci sont en voie de se détacher ou sont même tombées.

Le 21. — Le malade meurt à 10 heures du soir, au milieu d'un frisson.

AUTOPSIE, pratiquée trente-six heures après la mort. — Le cadavre est en bon état de conservation.

Au niveau de toutes ces ecchymoses cutanées, on observe des plaies plus ou moins profondes. Les os sont dénudés au niveau du condyle interne du fémur droit et du grand trochanter du même côté. Au sacrum, il existe un commencement d'eschare.

Articulations. — Celle du genou droit contient environ deux bonnes cuillerées de sérosité citrine. Les cartilages et les os sont sains. Même

état des articulations tibio-tarsiennes. Les autres articulations sont saines.

Poumons. — Plèvres pariétales intactes. Poumon gauche œdématisé, engouement bronchique très prononcé. Le poumon droit est sain.

Péricarde et cœur. — Le péricarde contient un verre de sérosité. Le cœur est d'un volume normal. Le tissu en est mou et flasque. La valvule mitrale est couverte, surtout sur son bord libre, de petites végétations verruqueuses, très adhérentes, solides et résistantes.

Sur la valvule tricuspide on retrouve quelques-unes de ces végétations, mais plus petites et moins nombreuses.

Les valvules sigmoïdes sont saines.

Le canal de l'urèthre, sain dans toute son étendue, ne présente aucune altération.

Cerveau. — Il est d'une pâleur remarquable. Quelques rares vaisseaux, à moitié remplis d'un sang rose tendre, sillonnent la surface. Le tissu cérébral est résistant, exsangue, pas la moindre trace de ramollissement, de congestion en aucun point.

OBS. 3. — *Polyarthrite blennorrhagique.* — *Atrophie musculaire consécutive.* — *Guérison* (Thèse d'ERASMON D'AMARAL, 1891).

Le Dr N. S. D., 36 ans, ne présente aucun antécédent héréditaire qui mérite d'être noté au point de vue spécial qui nous occupe.

Jamais de rhumatisme. Coxalgie, dans l'enfance, guérie par ankylose. Atrophie musculaire de tout le membre inférieur droit (côté de la coxalgie).

Première blennorrhagie à l'âge de 23 ans. Récidives nombreuses. Jamais de guérison absolument complète. Légère recrudescence de l'écoulement chronique à la suite d'excès au mois de juillet 1888.

Vers le milieu du mois d'août douleur violente du poignet droit avec tuméfaction portant surtout sur la face dorsale.

Impotence absolue du membre qui est immobilisé.

Les douleurs se calment dans les deux premiers jours de septembre et permettent quelques mouvements. Malgré le traitement approprié l'écoulement blennorrhagique persiste.

Le 4 septembre, les douleurs du poignet réapparaissent beaucoup plus violentes. Elles ne tardent pas à gagner successivement le poignet du côté opposé, les petites articulations des doigts (métacar-pophalangiennes et phalangiennes), les coudes, les épaules, le genou gauche qui est très tuméfié et très douloureux ainsi que le pied du même côté.

La jambe antérieurement malade est presque indemne.

Le 20. — Le malade présente une température très élevée, 40°5, du délire de parole et d'action ; ses douleurs semblent avoir disparu.

Le 21. — Le délire continue plus violent et fait place le soir à un état semi-comateux.

Le Dr C... appelé en consultation, diagnostique : méningite rhumatismale. Pronostic très grave.

Le 22. — Le malade recouvre en partie sa lucidité ; il se plaint de nouveau de douleurs violentes dans les articulations qu'il ne peut plus faire mouvoir. Le thermomètre est à 38°.

Depuis le début de l'affection le salicylate, l'antipyrine, l'exalgine, l'acétanilide, la quinine ont été successivement administrés contre les douleurs sans le moindre succès.

Le 30. — Les douleurs persistent, un peu calmées par les injections de morphine.

Dès le début de l'affection les muscles interosseux et ceux de l'avant-bras du membre supérieur droit ont subi une notable diminution de volume.

Chaque poussée articulaire nouvelle s'accompagne très rapidement d'une notable atrophie des muscles correspondants. Les membres sont à l'époque actuelle (4 semaines après le début de l'affection) notablement amaigris et quand la douleur cesse ou diminue, cette atrophie est la cause d'une impotence fonctionnelle relative très accentuée. Le genou est toujours très gonflé.

Il existe un contraste très remarquable entre la jambe antérieurement malade et la jambe gauche. La première se trouve notablement moins atrophiée. Plus tard c'est elle qui permettra au malade d'exécuter quelques mouvements.

Octobre. — Les douleurs diminuent mais l'atrophie augmente, accentuée surtout aux mains et aux avant-bras et l'impotence fonctionnelle

est presque absolue. Il en résulte d'ailleurs des déformations caractéristiques du poignet et de la main principalement.

Novembre. — Les douleurs ont presque totalement disparu du côté des membres supérieurs, mais le genou et le cou-de-pied sont toujours tuméfiés et douloureux et le malade qui peut faire quelques pas à l'aide de béquilles repose sur son pied droit, invalide en temps ordinaire.

Décembre. — La convalescence est interrompue par de violentes douleurs dans toute la partie inférieure de la colonne vertébrale, dans les articulations sacro-iliaques.

Révulsion à l'aide de pointes de feu, de chlorure de méthyle.

Atrophie assez marquée de la masse sacro-lombaire.

Janvier 1889. — Le malade part pour Dax où il prend pendant trois mois des douches, des bains, des massages.

Avril 1889. — Le malade est revenu de Dax débarrassé de ses douleurs les plus violentes.

Son écoulement n'a pas encore complètement disparu, mais il se borne à un léger suintement le matin.

Les muscles sont toujours très atrophiés aux membres supérieurs, et les mains ont, malgré l'absence de toute douleur, une grande difficulté à exécuter des mouvements délicats, comme celui de tenir une plume.

L'atrophie est également assez notable au membre inférieur gauche et le malade ne peut marcher qu'à l'aide de béquilles.

Nous revoyons le malade dans le courant de l'année 1890. Ses muscles restent considérablement atrophiés, ses mouvements sont gênés, et sa marche est beaucoup plus difficile qu'autrefois.

Les articulations sont assez souples, mais les extrémités articulaires paraissent gonflées.

Il en résulte une déformation parfois sensible, quelquefois peu prononcée, de toutes les articulations autrefois prises.

OBS. 4 à 15. — *Psychopathie blennorrhagique* (SILVIO VENTURI,
Riforma medica, 24 avril 1894, p. 243-255)

CAS I. — L. D. P. de Catanzaro, collégien, âgé de 20 ans, de famille

aisée, intelligent, docile, bon, sans prédispositions marquées, santé toujours bonne.

Présente un état de stupeur qui commence sans cause appréciable et de façon insensible et qui au bout d'un mois le conduit à une apathie complète et à un état d'inconscience totale. Sensibilité générale augmentée, les réflexes cutanés abdominaux sont augmentés, il y a des vomissements, et souvent de l'incontinence urinaire et fécale; pupilles dilatées, température normale.

L'on constate une légère blennorrhagie ignorée par la famille, qui guérit au bout d'un mois, c'est-à-dire quatre mois depuis le début de la maladie.

Du même coup l'état de stupeur se dissipe graduellement et le malade recouvre son intelligence complète vers le 8^e mois depuis le début de la maladie. Pendant la convalescence on remarque certaines oscillations dans la marche vers la guérison laquelle est de temps en temps retardée par quelques écarts diététiques ou par quelques fatigues musculaires.

A peine guéri le malade avoue avoir contracté la blennorrhagie 3 mois avant le début de tout état de stupeur. Cette blennorrhagie qu'il ne pouvait pas soigner pendant son séjour au lycée, ne lui avait donné aucune inquiétude et lui donnait bien au contraire un titre de gloire parmi ses camarades.

Cas II. — M. N. également collégien, âgé de 20 ans, présenta pendant 4 mois un écoulement blennorrhagique intense qu'il laisse sans traitement, il tombe dans un état de stupeur qui empire graduellement et qui au bout d'un mois dégénère en atonie complète avec hallucinations terrifiantes, anesthésie cutanée et même des états de véritable catalepsie avec de temps en temps des idées de suicide, répulsion des aliments et répétitions monotones d'exclamations et de paroles incohérentes. La maladie dura près d'un an durant lequel laps de temps la blennorrhagie fut négligée par les médecins qui ne lui attribuèrent aucune importance. Lorsque la psychopathie fut enfin guérie la blennorrhagie avait déjà disparu depuis 2 mois.

Ce malade ne présentait aucune cause héréditaire ou toute prédispo-

sition quelconque autre que la blennorrhagie en faveur de son état psychopathique.

CAS III. — R. F. de Girofalco, tailleur âgé de 20 ans, tombe malade presque subitement et son mal affecte en quelques jours une forme stupéfiante avec accès de suicide. Un jour le malade se jette dans une baignoire d'eau bouillante. Cependant dans cet état de stupeur, le malade pleurait parfois et se montrait content de son état.

Sensibilité cutanée diminuée, réflexes abdominaux augmentés.

Le malade est affecté d'une blennorrhagie antérieure de 3 mois à son état psychopathique. La blennorrhagie guérie, le malade se remet au bout de 15 jours et s'achemine rapidement vers une guérison complète. Aucun antécédent héréditaire.

CAS IV. — C. R. Jeune homme de 20 ans, abandonné depuis son enfance il mène une vie vagabonde. Sain et fort, ayant bon appétit et quoique quelque peu vicieux se montre intelligent et docile. Il entre finalement au service d'une famille riche de Catanzaro. Un jour pendant qu'il servait à table il donne tout à coup des signes de folie qui devient bientôt furieuse. Conduit à l'hôpital il eut une crise de folie furieuse qui dura 5 jours et se transforma bientôt en état d'agitation légère, puis la guérison complète survint au bout de 15 jours. — Aucune prédisposition névropathique. — Pendant l'affection mentale le malade présenta une forte blennorrhagie qui guérit du 5^e au 10^e jour de sa maladie psychopathique et qui avait débuté un mois auparavant. — La psychopathie guérit presque en même temps que la blennorrhagie.

CAS V. — N. N. de famille aisée, sans prédispositions héréditaires, étudiant en droit âgé de 19 ans. Intelligent, docile, tenu constamment sous la surveillance de ses parents, il fait une escapade et en rapporte une blennorrhagie qu'il ne put guérir à cause de sa famille et qu'il laissa dès lors sans traitement, six mois après il est pris d'un état psychopathique avec manies, mouvements choréiformes, impulsion au suicide, dégoût alimentaire et insomnie. Il est conduit dans une maison de santé où les médecins lui trouvent un pouls petit, faible et des intermittences cardiaques. A une de mes visites (au 6^e mois de la maladie) je constate les restes d'un épanchement péricardique. Le malade guérit

environ au bout de 8 mois et la guérison survint 2 mois après la guérison spontanée de l'écoulement blennorrhagique.

CAS VI. — C. A. de Caserte présente de la stupeur avec hallucinations auditives et visuelles intenses et terrifiantes. La maladie évolue graduellement et guérit au bout de 6 mois. Durant la maladie l'on constate un écoulement blennorrhagique qui guérit rapidement. Alors que la maladie se trouvait à son paroxysme, la guérison débuta brusquement 8 jours après la disparition de la blennorrhagie et devint complète au bout d'un mois. Une fois guéri le malade ne put se souvenir à quelle époque il avait contracté sa blennorrhagie.

CAS VII. — Une dame de la meilleure famille épouse un jeune homme qui menait la vie à grandes guides. La dame tombe dans un état de stupeur qui dure 3 mois avec apathie complète, dégoût alimentaire, insensibilité générale etc.

On constate en l'examinant, qu'elle présente un écoulement blennorrhagique abondant qu'on guérit par des injections de sublimé et d'acide borique. Une semaine après la stupeur disparaît et au bout d'un mois la malade guérit complètement. La blennorrhagie datant d'un mois avant son état de stupeur. Pendant la convalescence l'on constate des mouvements paramiocloniques de la tête qu'on traite par l'atropine et qui disparaissent au bout d'un mois.

CAS VIII. — L. R., 20 ans, femme de chambre, devient presque subitement maniaque avec agitations et hallucinations. On attribue le mal à un chagrin d'amour. Après un séjour de 2 mois à l'hôpital elle rentre dans sa famille pour revenir 8 jours après plus malade qu'auparavant, maniaque avec loquacité, insomnie et inappétence. On constate alors qu'elle présente un écoulement vaginal purulent. Quoique vierge elle semble avoir contracté le mal par des attouchements superficiels. On la traite par des bains antiseptiques et par des balsamiques. Six mois après la récidive de la psychopathie et quelques mois après la guérison de son écoulement la psychopathie disparaît graduellement. Elle refuse d'indiquer l'origine de son écoulement vaginal.

CAS IX. — M. P. âgée de 47 ans tombe au mois d'avril dans un état de stupeur sans aucun antécédent ni prédisposition. Entre à l'hôpital au bout de 2 mois de maladie et l'on constate un écoulement va-

ginal purulent très abondant et la déchirure de l'hymen. La malade avoue à une voisine de lit qu'elle avait été violée par un homme dont elle ne voulait livrer le nom environ un mois avant le début de la maladie, traitée par des lavages antiseptiques elle guérit au bout de quelques mois de sa blennorrhagie et six mois après son entrée à l'hôpital la psychopathie disparut.

CAS X. — S. R. Jeune fille de 25 ans arrive à l'hôpital dans un état d'agitation maniaque profonde, pâleur de la face, insomnie, dégoût alimentaire, inconscience complète et désordres intellectuels. Malade depuis quelques mois on découvrit l'existence d'un écoulement vaginal purulent avec lacération de l'hymen. Par une perversion sensuelle bizarre elle se montre très amoureuse de son frère. Eloignée de sa famille elle guérit de son écoulement et quelques semaines après son affection maniaque disparut.

CAS XI. — B. B. est atteinte de manie avec hallucinations et idées de suicide depuis un an. Elle brutalise son enfant. Pendant son séjour à l'hôpital elle a des périodes de calme alternant avec des périodes d'agitation. On apprit que 2 ou 3 mois avant sa maladie elle avait contractée une blennorrhagie. Deux ou 3 mois après guérison de cette dernière affection la psychopathie disparut.

CAS XII. — G. G. Entre à l'hôpital en 1889 et s'y trouve encore. A l'âge de 17 ans on constate un état de stupeur avec hallucinations. La famille ne trouva aucune explication à cette psychopathie. Mais on constata l'existence d'un écoulement urétral antérieur de six mois à la maladie. Le malade avait eu auparavant quelques attaques convulsifs. La famille présente quelques tares héréditaires.

L'écoulement fut tari et un mois après la psychopathie disparut. Mais 2 mois après il y eut une récurrence, cette fois sans existence d'écoulement, et actuellement l'affection a, par de rapides progrès, dégénéré en démence.

OBS. 16. — *Folie rhumatismale d'origine blennorrhagique* (Thèse de VIDART, observ. communiquée par le professeur LORAIN).

Femme prostituée âgée de 24 ans, observée par le professeur Lorain, à l'hôpital St-Antoine en 1862.

Cette femme a eu une blennorrhagie intense (vaginite et urétrite purulentes). Elle est blonde, d'une constitution molle et lymphatique.

Elle n'a jamais eu de rhumatisme antérieurement.

Elle eut successivement des douleurs rhumatismales multiples dans les jointures, une endo-péricardite accusée par les signes les plus évidents, puis, et peut-être en même temps, un épanchement pleurétique du côté gauche ; enfin des troubles cérébraux et des manifestations délirantes qui se prolongèrent pendant plusieurs jours, sous forme de manie aiguë.

Elle est alors dirigée vers un hospice d'aliénés.

OBS. 17. — *Folie rhumatismale* (Thèse de VIDART, due au professeur LORAIN).

Un jeune homme de 25 ans fut atteint d'une blennorrhagie intense. L'excrétion urinaire était très douloureuse et arrachait au malade de véritables cris.

Cette blennorrhagie s'apaisa un peu, mais elle se compliqua au bout d'une huitaine de jours d'accidents articulaires manifestes. Les jointures des articulations des membres devinrent gonflées et douloureuses. Cependant cette acuité des accidents ne se manifesta qu'après un certain nombre de jours, et non pas brusquement. Ce qui dominait, c'était l'hydarthrose plutôt que la douleur.

Ce jeune homme appartient à une famille dans laquelle existe héréditairement la disposition rhumatismale.

Lui-même avait eu déjà quelques manifestations spontanées de cette nature, bien qu'il n'ait pas eu depuis cette époque (8 ans) de rhumatisme aigu généralisé franc.

Quoi qu'il en soit, une fièvre modérée se déclara et les douleurs retinrent le malade au lit et dans l'immobilité.

On vient un soir me chercher à la hâte (Lorain) en me disant que ce jeune homme avait du délire ; qu'il prédisait sa fin prochaine et qu'il était entouré de tous ses proches, qu'il catéchisait, parlant d'une façon prophétique, déclamant, disant qu'il voyait les cieux s'ouvrir et les saints du paradis lui apparaitre, qu'il s'était levé et marchait à travers

la chambre sans paraître ressentir aucune douleur et présentant une physionomie extatique.

Je me rendis aussitôt auprès de lui, et le trouvai en proie à un accès de manie extatique. Il marchait à travers la chambre, ne souffrant absolument pas et c'était un spectacle singulier que de le voir nu, se mouvant avec facilité, avec ses articulations grosses et remplies de liquide qui rendaient ses membres difformes et se livrant à des exercices qui auraient dû lui arracher des cris déchirants. En même temps sa peau était fraîche, le pouls marquait 65 pulsations par minute, par conséquent tout phénomène fébrile avait entièrement disparu.

La fièvre, les douleurs avaient fait place au délire, c'était une véritable substitution, et suivant l'expression du professeur Lorain, un équivalent morbide de la fièvre.

Deux jours après tout ce spectacle avait pris fin. Le malade reprenait 120 pulsations par minute et sa température était à 38°5. Il n'avait plus de délire.

Il guérit facilement de cette fièvre dans l'espace de quelques jours et au bout de quelque temps se termina cette sorte de rhumatisme bâtarde. Depuis, le malade n'a jamais plus présenté aucun trouble des facultés intellectuelles.

Bonnet considère ce cas comme folie rhumatismale.

Obs. 18. — *Folie blennorrhagique* (Professeur SILVIO VENTURI, *Annales médico-psychologiques*, 1895, tome II, p. 203-204).

C... (François) de Cantazaro, garçon d'hôtel, âgé de 38 ans. Il n'est ni alcoolique, ni syphilitique. Un de ses cousins du côté maternel, est mort à l'asile des aliénés.

C... est un homme actif, intelligent, tranquille. Sa femme raconte qu'il y a 5 ans, il eut une chaudepisse, qui guérit au bout de cinq mois. Pendant cette maladie, il se plaignit de confusion et de tintamarre dans la tête, qui l'obligèrent à abandonner tout travail. Ce trouble augmenta encore, même après la guérison apparente de la chaudepisse, et dura un an encore ; puis amélioration des désordres nerveux et reprise du travail.

Mais il y a trois ans, l'écoulement se reproduisit soit spontanément, soit par une nouvelle infection. Peu de jours après, C... donna des signes de folie, qui ne se dissipèrent plus, et il y a un mois il fut amené à l'asile où il se trouve encore.

Ce qui est intéressant c'est que la femme même du malade nous raconta, sans préjugé aucun, la maladie de son mari et insista pour bien mettre en évidence le rapport existant entre la chaudepisse et les troubles nerveux de la première fois, comme de la folie de la seconde. J'ai vu, à mon grand étonnement, ce fait de reproduire pour un autre malade dont je raconterai l'histoire ci-après.

C... depuis son entrée à l'asile, présente les mêmes troubles mentaux. Tranquille, ne sachant pas trop où il se trouve, il demande sa sortie, mais sans pouvoir dire ce qu'il ferait ensuite.

Il s'exprime avec un léger embarras de parole (mot traînant) ; il a quelques rares idées de grandeur, il manifeste un sentiment de bien-être et de satisfaction.

Il présente du tremblement de la langue, des lèvres et des mains ; il oscille quelque peu en marchant surtout lorsqu'il tourne sur lui-même ; les réflexes patellaires sont vivaces, les crémasteriques amortis. La force du dynamomètre est faible dans les deux mains ; la sensibilité tactile est partout affaiblie, davantage à gauche.

La pupille gauche est plus dilatée et peu sensible à la lumière. C'est en un mot, tout l'ensemble symptomatique, non encore très avancé, mais bien déterminé, de la démence paralytique. Le fait que la maladie date déjà de trois ans et a présenté une marche progressive donne le droit de poser un pronostic fâcheux.

Le malade n'étant ni alcoolique ni syphilitique et n'ayant pas présenté d'autres causes pouvant déterminer la folie dont il est atteint, il faut bien se rendre à l'évidence et accepter la supposition de sa femme, c'est-à-dire que la maladie mentale est bien en rapport avec l'infection blennorrhagique.

Obs. 19. — *Folie blennorrhagique* (Professeur SILVIO VENTURI, *Annales médico-psychologiques*, 1895, tome II, p. 204).

Sc... (Anne), âgée de cinquante ans, mariée, avec neuf enfants,

paysanne de Policastro, province de Catanzaro. A l'âge de vingt-deux ans, elle fut atteinte d'un accès de folie dont elle guérit en 7 mois. Sa mère et un de ses frères ont été aliénés ; une sœur est encore à l'asile.

Sc... est une excellente ménagère, mais irritable et portée à se plaindre. Menstruation toujours régulière. Se maria à vingt-quatre ans.

Toujours bien portante jusque il y a trois mois où son mari lui donna la chaudepisse, dont elle guérit au bout de quelques semaines à l'aide des lavages antiseptiques.

Le mari qui l'amena à l'asile, le 10 avril 1894 eut soin, après avoir raconté les symptômes de la folie de sa femme, d'appeler le médecin à l'écart pour lui faire part de son opinion sur la cause de la maladie qu'il attribuait à la chaudepisse communiquée par lui puisque peu de jours après sa manifestation la folie éclata. Toutefois il faut noter d'après le récit du mari que la femme Sc... dès qu'elle se fut aperçu qu'elle avait la chaudepisse, se mit à pleurer, à se déchirer la figure, à se frapper la tête contre les murs, à se considérer comme perdue, appelant à son aide tous les saints du paradis. On ne doit pas oublier qu'elle se trouve à l'époque du climatérium et que sa menstruation, très irrégulière, ne se produit que tous les deux ou trois mois.

Entrée à l'asile dans un état d'agitation, Sc... est devenue plus tranquille, elle dort assez bien, répond quelques mots et manifeste une conscience crépusculaire de son état. Elle travaille quelque peu. Elle continue cependant à se plaindre, à dire qu'elle est perdue sans faire mention de l'écoulement qu'elle a attrapé ; elle invoque les saints et se tient constamment la tête.

Pas de signes de paralysie ; mais léger état de mélancolie anxieuse sans hallucinations.

Aucune trace d'écoulement vaginal.

RÉFLEXIONS. — Bien que, chez cette malade, il faille tenir compte de la grande prédisposition héréditaire, de l'époque climatérique, de la honte d'avoir attrapé une mauvaise maladie, il faut cependant admettre que la coïnci-

dence de cette dernière avec la folie a été tellement frappante qu'elle n'a pas échappé au mari ignorant, et qu'on peut à bon droit conclure que la blennorrhagie a déterminé l'explosion de la maladie mentale, bien que cette dernière fût favorisée par d'autres conditions soit héréditaires, soit physiologiques, ou mêmes morales.

Obs. 20. — *Folie blennorrhagique*. (Professeur SILVIO VENTURI, *Annales médico-psychologiques* 1895, tome II, p. 205).

R. Pierre, âgé de quarante-trois ans, paysan de Curtale. Grand-père aliéné ; père alcoolique, a présenté, il y a deux ans, un accès de délire alcoolique, dont il guérit après quelques semaines de séquestration et de traitement.

Après sa sortie de l'asile, il continua de faire son métier de muletier et aussi de boire sans présenter toutefois de nouveaux signes de désordre mental.

Il y a trois ans, pendant un voyage, il fut pris d'un écoulement urétral vénérien.

De retour chez lui, peu de jours après, il donna des signes de désordre mental, errant par le village, bavard, menaçant, insomne.

Ramené à l'asile, son excitation dura encore pendant quelques jours, puis il devint tranquille, lucide ; son écoulement urétral fut guéri grâce à des injections d'acide borique. Après quarante jours d'internement, il continue d'être sain d'esprit.

Obs. 21. — *Folie blennorrhagique* (D^r A. CULLERRE, *Annales médico-psychologiques*, 1894, tome XX, p. 297).

Forte fille de vingt-cinq ans à antécédents héréditaires certains, se disant domestique, mais en réalité adonnée à la prostitution, six mois avant son admission à l'asile se jette d'un deuxième étage dans la rue, en proie à un accès de panophobie. Depuis cette époque, le trouble des idées n'a fait qu'augmenter. Elle est revenue chez sa mère où elle s'est

livrée aussitôt à des excentricités de tout genre, courant en chemise dans les rues, provoquant les hommes et se livrant à tous ceux qui voulaient d'elle.

A son entrée, elle est dans une sorte de demi-stupeur : air hébété, regard vague et fuyant, ne répondant pas quand on lui parle ; elle se déshabille, se met nue, refuse de se coucher ; par moment elle pleure, manifeste des idées tristes ; elle pleure parce qu'elle ne peut pas porter des fleurs sur la tombe de son père. On nous signale un écoulement vaginal : l'examen au spéculum nous permet de constater une vaginite blennorrhagique intense ; sous l'influence d'un traitement approprié la vaginite ne tarda pas à guérir ; mais l'état mental n'a subi aucune modification et aujourd'hui, après plus de deux ans de maladie, cette fille est dans un état d'abrutissement avec confusion totale des idées et alternatives d'agitation et de stupeur, qui semble indiquer l'invasion de la démence.

Obs. 22. — *Folie blennorrhagique* (D^r A. CULLERRE, *Annales médico-psychologiques*, 1894, tome XX, p. 296).

Femme de 43 ans, mariée, mère de deux enfants, ayant la réputation d'aimer la fête et de se livrer à la galanterie, ne présentant pas d'antécédents héréditaires ou personnels bien marqués, qui sans cause connue au dire du mari, tomba peu à peu dans un état de stupeur panophobique. A la panophobie succéda un hébètement profond avec embarras de la parole, idées vagues de richesses, puis de négation, tremblements irréguliers des membres et congestion cérébrale s'accompagnant de rougeur de la face, de dilatation des pupilles, d'embarras gastrique et d'accélération du pouls, un mois et demi après l'invasion des accidents, le mieux se manifestait, et en trois semaines elle passait d'un état pseudo-déméntal profond à une restauration complète des fonctions intellectuelles normales. La malade ne se souvenait de rien de ce qui s'était passé pendant la période aiguë de la maladie. A force de l'interroger pour tâcher de découvrir l'origine d'une affection mentale aussi singulière, nous apprenons qu'elle était traitée, avant l'explosion des accidents psychiques, pour une inflammation des voies génitales. Un exa-

men au spéculum nous permet de constater l'existence d'une vaginite blennorrhagique en voie d'amélioration.

RÉFLEXIONS. — Il s'agit évidemment dans cette observation, d'un de ces cas de stupidité avec confusion hallucinatoire des idées et symptômes de méningo-encéphalite... Cette femme n'ayant subi d'autre infection que celle que peut produire le virus blennorrhagique la conclusion nous a paru s'imposer.

OBS. 23. — *Embolie cérébrale blennorrhagique* (TAMBOURER, *Société de neurologie et de psychiatrie de Moscou*, 21 janvier 1894).

Homme de 25 ans, alcoolique, d'une famille nerveuse, est atteint depuis trois ans d'une blennorrhagie chronique, avec rétrécissement de l'urèthre et spasme du col de la vessie. Arthrite des grandes articulations, suivie d'un cortège de symptômes nerveux ; phlébite des deux jambes. Phlébite et symptômes nerveux disparurent bientôt, les arthrites se sont également améliorées. Brusquement survinrent des symptômes d'embolie cérébrale avec convulsions et paralysie de la moitié droite, puis de la moitié gauche du corps. Mort au bout de trois jours passés dans le coma. Il n'y a pas eu d'autopsie.

D'après l'auteur l'embolie cérébrale et la phlébite sont dues au gonocoque.

OBS. 24. — *Accidents cérébraux dans le cours de la blennorrhagie* (Professeur A. PITRES, *Revue de neurologie*, 15 août 1894, p. 441).

Jean M..., âgé de 24 ans, militaire depuis 31 mois, a joui d'une bonne santé jusqu'à son entrée au service.

En 1883, a contracté une première blennorrhagie qui, traitée par du copahu et des injections au sulfate de zinc, a guéri, sans donner lieu à aucune complication, en quinze jours.

Au mois de novembre 1885, il a pris une seconde chaudepisse qui a duré cinq semaines. Elle n'était pas encore tout à fait guérie quand un matin, en se levant, il se sentit tout étourdi. Il put cependant s'ha-

billier et se rendre dans la cour de la caserne pour se rafraîchir la tête avec de l'eau. Mais en arrivant à la pompe, il eut un fort éblouissement et fléchit sur ses jambes. On fut obligé de le porter à l'infirmierie où on constata qu'il était paralysé de toute la moitié gauche du corps. L'hémiplégie s'améliora assez rapidement pour que le malade pût, quelques semaines plus tard, se servir de sa main et marcher sans trop de difficulté. Mais elle n'était pas encore complètement guérie quand il vint nous consulter le 22 juin 1896.

A cette date il existait encore une légère asymétrie faciale sans déviation de la langue, un peu de maladresse dans l'exécution des mouvements volontaires de la main gauche, une exagération notable du réflexe rotulien gauche et de la trépidation épileptoïde provoquée quand on relevait brusquement la pointe du pied du même côté.

Pas de troubles trophiques, ni sensitifs. L'exploration du cœur ne révélait aucun trouble fonctionnel de cet organe; pas d'hypertrophie, pas de souffles. Pas d'athérome des artères périphériques.

Obs. 25. — *Accidents cérébraux dans le cours de la blennorrhagie* (Professeur A. PITRES, *Revue de neurologie*, 15 août 1894, p. 441-443).

L... âgé de 59 ans, est entré à l'hôpital des vénériens de Bordeaux, le 31 mai 1886, pour une blennorrhagie aiguë. Le lendemain, à la visite, on constate un gonflement douloureux des articulations du poignet et du coude droit. Ce même jour à quatre heures de l'après-midi le malade est frappé d'une attaque d'apoplexie avec perte de connaissance, respiration stertoreuse, coma, etc. On le transporte aussitôt dans mon service à l'hôpital Saint-André (salle XVI, lit 21).

Le 1^{er} juin nous le trouvons atteint d'une hémiplégie droite totale (faces et membres) et complète avec aphasie. Il paraît comprendre les questions qu'on lui pose; mais il ne répond que par des gestes et des grognements inintelligibles. Lorsqu'on lui demande s'il souffre, il porte la main gauche sur le poignet droit, lequel est rouge et tuméfié ainsi que sur le coude du même côté. Si on cherche à imprimer quelques mouvements à ces parties il pousse des gémissements et même

des cris de douleur. Le genou droit est, lui aussi, légèrement tuméfié et douloureux à la pression.

Écoulement purulent très abondant par le canal de l'urèthre.

Le salicylate de soude administré pendant trois jours, à la dose de 6 grammes par jour, ne paraît modifier en rien l'état des articulations enflammées.

Le 25 juillet, le malade est pris d'attaques épileptiformes à type jacksonien qui se répètent à de courts intervalles et succombe, en état de mal, après une série de dix attaques subintrantes.

AUTOPSIE. — L'hémisphère cérébral gauche est le siège d'un vaste ramollissement du territoire de la sylvienne, comprenant le tiers moyen de la première frontale, le quart postérieur de la deuxième, le pied de la troisième, la moitié inférieure de la frontale ascendante, le quart inférieur de la pariétale ascendante, tout le lobule de l'insula et presque toute l'étendue des deux premières temporales. Le ramollissement s'étend dans les parties profondes jusqu'au ventricule latéral en coupant la capsule interne au voisinage des noyaux centraux dont la consistance est restée à peu près normale.

Les parties ramollies sont diffluentes, d'un blanc laiteux.

Les autres portions de l'encéphale sont saines. Pas d'athérome des artères.

Un abcès du volume d'une petite noix existe dans le rein droit.

Les articulations du genou et du coude du côté droit renferment une notable quantité de sérosité louche. Le revêtement synovial de ces jointures est dépoli et fortement vascularisé. Les cartilages ne sont pas altérés. Le cœur et l'aorte sont sains. Pas d'examen bactériologique.

Obs. 26. — *Apoplexie* (VIDART in thèse de BONNET).

Le nommé Jacques X..., âgé de 28 ans, entre à la maison de santé le 26 juillet 1874.

Le malade est d'une constitution robuste, il exerce la profession d'orfèvre.

Il y a dix ans, il a eu une attaque de rhumatisme qui l'a obligé à garder le repos au lit pendant un mois. A cette époque, il n'avait pas

eu de blennorrhagie, depuis lors, il en a contracté plusieurs qui ne se sont jamais accompagnées d'accidents rhumatismaux.

Il y a trois semaines environ, il a contracté une dernière blennorrhagie franchement aiguë.

Le 26. — Il est pris de frissons avec fièvre, suivis de douleurs articulaires, ayant débuté par les genoux et le cou-de-pied. A son entrée, le malade se plaint de douleurs dans les articulations des membres inférieurs et dans son épaule gauche.

Il a de la fièvre, le pouls est plein, la langue sale.

Il n'est pas allé à la garde-robe depuis deux jours. Les deux genoux, le droit principalement, sont distendus par du liquide.

40 grammes d'huile de ricin. Onctions : baume tranquille.

Le 27. — Après sa purgation, le malade a vomi et a eu plusieurs garde-robes. Il est couvert de sueurs, les articulations des bras sont envahies à leur tour.

Rien au cœur. Il tousse un peu, mais la respiration est pure.

Poudre de Dower.

Le 28. — Le malade cloué dans son lit ne peut bouger aucune de ses articulations. Les sueurs sont toujours très abondantes. Il accuse une douleur rétro-sternale, qui, dit-il, l'empêche de respirer. La respiration est sifflante, mais le murmure vésiculaire est pur. Il y a un peu d'oppression, pas de maux de tête, pas de délire. Le pouls est plein, 100 pulsations. Sulfate de quinine 1 gramme.

Le 29. — Le malade ayant pris par erreur le sulfate de quinine en une seule fois, il s'en est suivi des vomissements et quatre selles séreuses. Il a été assoupi toute la nuit et a parlé, à plusieurs reprises, pendant son sommeil. Le matin, toutes les articulations sont dégagées, le malade se dit guéri de son rhumatisme, mais il souffre toujours de cette douleur qu'il localise en avant de la poitrine. La peau est aride et sèche et l'on remarque dans le dos une éruption de miliaire présentant une légère teinte purpurique.

Pas de maux de tête, pouls 110, respiration superficielle et fréquente, le facies présente quelque chose d'égaré.

A six heures du soir la fréquence de la respiration est plus grande, elle est suspicieuse et haletante. La face et les yeux sont très injectés.

— 120 pulsations. Température axillaire 40°8. Le pouls est plein et fort, la langue un peu rouge sur les bords.

Rien au cœur ni au poumon. Pas de céphalée, pas de délire, les douleurs articulaires disparues le matin, reparaissent, selle séreuse abondante. A 8 heures du soir le malade est dans le coma, il y a insensibilité complète des téguments, la respiration est fréquente et stertoreuse, sinapismes sur les membres, 20 ventouses scarifiées sur la poitrine. A 9 heures du soir le malade meurt.

AUTOPSIE. — *Poumons*. Sains, crépitants partout, aucun signe de congestion pulmonaire.

Cœur, grassex. Ventricules et oreillettes complètement vides, pas de lésion valvulaire sur la face antérieure du cœur ; à la partie supérieure de la portion ventriculaire, le feuillet épithélial du péricarde est dépoli sur une très petite étendue.

Méninges. Les sinus et les veines de la dure-mère sont gorgés de sang.

A la base de l'*encéphale*, les vaisseaux de la pie-mère sont congestionnés, et, bien qu'il existe déjà un commencement de putréfaction, on reconnaît aisément une teinte rouge généralisée. Sur les parties latérales de la convexité, on trouve cette congestion mais à un moindre degré ; sur la convexité des lobes droit et gauche on trouve un début de pachyméningite.

La pie-mère est très adhérente principalement à la base. La surface cérébrale est le siège d'un piqueté très épais. Rien dans les ventricules, les vaisseaux y sont également congestionnés. La substance cérébrale ne présente rien d'anormal à la coupe.

On ne trouve nulle part sur les méninges la trace d'un travail inflammatoire, aucune exsudation, pas de trace de pus.

Rien dans les autres appareils.

Bonnet rapporte cette observation à la forme apoplectique ; les centres nerveux sont fortement congestionnés sans cependant qu'il existe aucun foyer hémorrhagique.

OBS. 27 (Résumée). — *Rhumatisme blennorrhagique généralisé aigu.*
— *Péricardite.* — *Accidents méningitiques.* — *Mort* (GUNTZ, *Ann. de Schmidt*, 1867, in Thèse de BONNET, juin 1877).

Jeune soldat de 21 ans, d'une constitution robuste, n'a jamais eu la moindre maladie.

Il y a quelques semaines il accomplit un coît en plein air ; peu de jours après, blennorrhagie intense très douloureuse.

Quelques jours après l'apparition de cet écoulement survinrent des frissons, une fièvre intense et des symptômes gastriques, puis une douleur dans un genou. Toutes les jointures furent ensuite prises presque simultanément. Dans le courant de la troisième semaine, la courbe de température qui baissa régulièrement tous les jours, se releva brusquement un matin.

Une péricardite avec tous ses symptômes se manifesta.

Saignées répétées à profusion, vessie de glace sur la région précordiale, calomel à haute dose, rien ne peut empêcher l'évolution rapide de la température même pendant un seul jour.

Une méningite survint. Pendant plusieurs jours, le processus inflammatoire des articulations rétrograde et néanmoins la mort enleva le malade par l'intensité des symptômes méningitiques. Güntz attire l'attention sur la rapidité de l'évolution.

OBS. 28. — *Méningite* (D^r LOUIS JULIEN et D^r LOUIS TIBUT, *Deuxième Session de l'Association française d'urologie*, 1897, p. 201-203).

Louise M..., âgée de 17 ans, entre le 8 juin 1896 à Saint-Lazare avec le diagnostic d'uréthro-vaginite.

Pas d'antécédents personnels ou héréditaires.

De l'urèthre sort une grosse goutte purulente que l'examen microscopique montre riche en gonocoques ; vaginite intense, endométrite concomitante, col rouge, annexes saines.

Traitée par la méthode des tiges d'ichthyol en solution glycinée à 1/5, l'uréthrite suit son cours normal jusqu'au 6 juillet.

Le 6 juillet. — La malade souffre du ventre depuis 8 jours, mais ne s'en était pas plainte, cependant les douleurs de la dernière nuit ont été si vives, qu'on a fait une injection de morphine. Température rectale 38°, langue saburrale ; rien au toucher ; douleur abdominale dans la région droite ; malgré la contraction des muscles droits, on sent ou on croit sentir une tuméfaction, des muscles mêmes. Fonctions intestinales normales, rectum vide. Une éruption de taches roséoliques est apparue sur les membres, l'abdomen, la poitrine et rappelle si complètement celles de la fièvre typhoïde, qu'on en discute le diagnostic. Il y a aussi douleur vive dans les muscles du mollet droit.

Le 7. — La douleur abdominale a disparu, mais nous notons la persistance de celle du mollet.

Le 9. — La région du genou droit est douloureuse, augmentée de volume, surtout au niveau des tendons de la patte d'oie. En même temps se dessine une synovite des tendons du poignet gauche (face dorsale), les tendons atteints sont ceux de l'extenseur propre du pouce et de l'index. Température normale.

Le 10. — Il ne reste plus que de rares traces de l'éruption, et très atténuées comme teinte. Mais le bras droit est le siège d'une douleur vive et lancinante surtout au niveau du V deltoïdien ; la localisation est profonde, voisine de l'os, au niveau de l'insertion tendineuse ; il s'agit probablement d'un hygroma. Douleur aussi quand on explore le tendon d'Achille, au niveau de la cheville gauche. Rien à droite au même niveau, mais l'algie est surtout vive le long du bord interne du tibia droit, à 5 ou 6 centimètres du plateau. Dans cette région et un peu en arrière, on observe un œdème assez considérable, et la sensibilité douloureuse est très forte. La malade accuse encore un point douloureux abdominal au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure droite, et du côté de l'ombilic. Il est difficile de ne pas incriminer les muscles du canal de l'urèthre, nous extrayons avec peine une sécrétion riche en bâtonnets et en bacilles, mais exempte de gonocoques. On commence à faire quotidiennement une injection de 1 cent. de sublimé. Température rectale matin 38° 2, soir 39° 5.

Le 11. — Fièvre vive, langue saburrale. La douleur abdominale est franchement musculaire ; même état du bras et des jambes, le genou

est toujours gonflé, douloureux, impotent mais sans hydarthrose ; nuage d'albumine dans les urines. Température rectale 38° 4, soir 39°.

Le 12. — Les douleurs de la jambe ont disparu. Délire cette nuit, ce matin épistaxis. Température rectale matin 38° 2, soir 38° 9. A l'examen extemporané nous trouvons dans le sang un micro-organisme spécial, un point très mobile, plus petit que le staphylocoque, mais également arrondi. Ensemencement sur agar et ascite il se développe sur le dernier milieu, les cultures sur agar restant stériles. Il conserve dans sa culture les caractères reconnus à l'examen extemporané et se reproduit indéfiniment toujours le même, nous avons obtenu ainsi un grand nombre de générations.

Le 13. — Douleur abdominale disparue, genou gauche pris de gonflement. Etat typhique, langue rôtie, on établit le traitement par les bains froids. Température rectale matin 39°, soir 39° 8.

Le 14. — Même état, température rectale matin 39°, soir 40°. Délire continu diurne et nocturne.

Le 15. — Légère diminution dans l'intensité des phénomènes fébriles. Le bras n'est plus douloureux, le gonflement des genoux tend à disparaître ; genou droit revenu à la normale, gauche peu augmenté de volume, gonflé. Cessation des bains. Température rectale matin 38° 4, soir 39°.

Le 16. — Même état général et local. Température rectale, 37° 8, soir 38°.

Le 17. — Albumine disparue, genou gauche libre, malade demande à manger ; température rectale 37°, soir 37° 4. La guérison suivit dès lors son cours régulier sans température anormale. Pour Julien et Sibut (page 200) il s'agit de méningite suraiguë ayant cédé aux bains froids.

Obs. 29 (Résumée). — *Blennorrhagie. — Accidents articulaires. — Accidents cérébraux* (Thèse TIXIER, 1866).

Mathieu S..., 38 ans, garçon d'hôtel, entre le 10 octobre 1864 à la maison municipale de santé au n° 1 de la chambre n° 12 du troisième étage, service de M. Cazalis. Cet homme est d'une constitution moyenne, d'une bonne santé habituelle, légèrement frêle. Pas d'atteinte de rhu-

matisme ; ses parents n'en ont pas non plus souffert. Depuis trois semaines, il était affecté d'une blennorrhagie. Mais l'écoulement s'est brusquement arrêté, il y a quatre jours sans cause appréciable, tandis que des douleurs assez vives apparaissent en même temps aux poignets et au genou droit, les articulations sont encore prises à son entrée, et elles sont le siège d'une rougeur et d'un gonflement manifestes ; fièvre, peau chaude, inappétence.

Traitement. — 2 pots de violette, avec 2 grammes de bicarbonate, poudre de Dower 0,30 centigrammes.

Le 12. — Le cou-de-pied droit est devenu douloureux, rien de modifié dans les autres jointures.

Le 13. — La nuit a été mauvaise ; rêvasseries.

Le malade était tourmenté et s'est levé plusieurs fois sans motifs ; ce matin vive céphalalgie, mais raison conservée ; moins de douleurs articulaires et de tuméfaction.

Application de sinapisme aux points affectés.

Le 14, à la visite du soir, excitation extrême. Le malade tient des propos incohérents ; visage très animé : jactitation continuelle, on est obligé de l'attacher dans son lit. Cependant il prête une oreille docile aux observations qu'on lui fait ; on peut fixer son attention, et obtenir quelques réponses sensées ; mais ces instants de raison sont de courte durée et le délire recommence.

Pupilles normales ; 108 pulsations ; le corps est baigné de sueur, langue humide mais un peu sale ; il urine facilement, il n'a pas été à la selle ; plus de trace de fluxion du côté des jointures ; pour le réveiller on place des vésicatoires sur les articulations du genou et du cou-de-pied.

Le 15. — Vive agitation ; divagations qui ne cessent que lorsqu'on lui adresse la parole. En un mot, ces troubles intellectuels simulent assez bien ce qu'on appelle le délire nerveux, mouvements répétés de déglutition ; contraction dans le membre supérieur ; dilatation des pupilles. Pouls à 92.

Traitement. — Application d'un large vésicatoire sur la tête, deux pots de chiendent nitré, toutes les deux heures des pilules composées de sulfate de quinine 1 gramme, extrait gommeux d'opium 0,05 centigrammes pour 8 pilules.

Le soir, le délire a augmenté, l'exaltation est considérable ; loquacité incessante ; il est encore possible d'exciter son attention, mais on ne tire plus de lui un seul mot raisonnable.

Mouvements désordonnés des membres, tremblement des mains ; il refuse les boissons, langue sèche, peau chaude ; 140 pulsations, sueurs profuses et fétides ; émission involontaire et très abondante des urines ; une garde-robe. Les vésicatoires ont bien pris mais sans amener jusqu'à présent aucun amendement appréciable des articulations primitivement malades.

Le 16. — Légère amélioration ; nuit bonne, sommeil paisible. Pouls 120. Même traitement.

Le soir délire subaigu ; il est plus tranquille et répond bien aux questions, consent à prendre des boissons (langue sèche, sueurs, pupilles normales, pouls 104).

Le 17. — Moins de loquacité ; une garde-robe suite de lavement.

Le soir rémission notable des symptômes ; encore des divagations, néanmoins la plupart des réponses sont raisonnables ; il affirme souffrir bien moins de la tête.

A partir de ce moment le malade ne présente plus d'accidents cérébraux.

Il est sorti de l'hôpital le 11 novembre. Il est encore faible et anémié, mais somme toute, il va bien et est entré en convalescence.

Réflexions de Bonnet pour l'observation de Tixier. — Sujet pris de rhumatisme, trois semaines après le début de la blennorrhagie. Le rhumatisme n'a porté que sur un petit nombre de jointures, 8 jours après le 1^{er} symptôme de fluxion articulaire apparaissent des accidents cérébraux :

Prodromes : en même temps que rougeur, gonflement de jointures diminuent, le malade est agité, il a de la céphalalgie, des cauchemars, puis le soir du même jour les accidents se confirment, l'excitation est extrême, l'agitation telle qu'elle

nécessite l'emploi des liens et de la camisole de force, etc., etc.

Pour lui il s'agit de la forme méningitique. Du reste la cessation brusque des accidents articulaires et leur réapparition coïncidant avec le début et la cessation des accidents cérébraux montrent la relation évidente entre ces deux ordres de phénomènes.

§ 2. — Méningo-myélite.

OBS. 30 (Thèse de J. BARIÉ, 1894).

Le nommé Riem..., concierge, âgé de 52 ans, entre à Bichat, à la salle Bazin, n° 28, le 13 janvier 1894, dans le service de M. Roques.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 83 ans; mère morte de pneumonie. 6 frères bien portants. Pas de rhumatisant dans la famille.

Antécédents personnels. — Pneumonie à 40 ans. A 18 ans, blennorrhagie bien guérie en 2 mois sans laisser de trace. Depuis lors, il n'a jamais eu de maladie vénérienne. Le malade a fait des excès de boisson, plutôt de vin que d'alcool.

Vers le 20 décembre, le malade s'aperçoit qu'il a un épanchement uréthral tachant le linge en vert, mais les douleurs étant peu violentes il n'y attache pas d'importance et continue son travail sans rien changer à ses habitudes. Au bout de quelques jours, il commence à ressentir une courbature générale avec douleurs vagues dans les genoux et les articulations tibio-tarsiennes. Vers le 1^{er} janvier il est pris de fièvre légère avec douleur assez violente dans la hanche droite et est obligé de s'aliter. Sous l'influence du repos, la douleur de la hanche diminue, mais le membre inférieur droit devient le siège d'un œdème assez considérable, et le malade commence à ressentir des douleurs dans les reins. C'est à cette époque, vers le 9 janvier, que le malade s'aperçoit qu'il remue très difficilement les membres inférieurs bien que les douleurs articulaires aient presque complètement disparu.

La fièvre persiste toujours et il a de l'incontinence des urines et des matières fécales; son état ne s'améliorant pas, on le transporte à l'hôpital.

A son entrée à l'hôpital, le malade est dans un état d'abattement complet et répond assez mal aux questions qu'on lui pose. Il se plaint cependant d'une douleur violente au niveau de la hanche gauche et

les mouvements provoqués de l'articulation coxo-fémorale gauche sont douloureux. Quant aux mouvements volontaires ils sont impossibles. Non seulement le malade ne peut remuer le membre inférieur gauche, ce qu'on pourrait expliquer par l'arthrite coxo-fémorale, mais c'est à peine s'il peut imprimer quelques mouvements à la jambe droite, qui n'est cependant le siège d'aucune douleur, ainsi qu'on peut s'en assurer en provoquant des mouvements dans les articulations de la hanche et du genou.

Il est dans l'impossibilité absolue d'élever les talons au-dessus du plan du lit. On constate en plus au niveau des membres inférieurs un œdème s'étendant des malléoles à la racine de la cuisse et plus accentué à gauche qu'à droite.

Il n'existe pas de troubles de la sensibilité.

Les réflexes rotuliens sont abolis des deux côtés. Pas de douleurs par la pression sur la colonne vertébrale.

On constate en plus un écoulement urétral abondant, laissant sur le linge des taches verdâtres, et dans lequel l'examen montre la présence du gonocoque.

L'état général du malade est mauvais ; il a un peu de fièvre le soir où le thermomètre atteint 39°.

Il a en plus de l'incontinence des urines et des matières fécales et présente au sacrum une eschare médiane de la largeur d'une pièce de 5 francs.

Rien au cœur.

Aux poumons, quelques râles de congestion pulmonaire aux deux bases.

Pas d'albumine dans l'urine. En présence de ces symptômes, le diagnostic de myélite s'imposait. Comme traitement on donna au malade des cachets de salol pour faire l'antisepsie de la vessie et de l'urèthre et on fit un pansement à l'iodoforme sur l'eschare sacrée.

Les jours suivants, l'état resta stationnaire. La température est toujours élevée le soir, la prostration est la même et le malade a un peu de délire la nuit. L'arthrite coxo-fémorale s'atténue, les mouvements provoqués ne sont pas douloureux, mais la paraplégie persiste toujours.

Le 16 janvier. — On remarque que le scrotum est rouge, très œdématisé, douloureux, et les testicules sont difficiles à isoler.

Le 18. — La fluctuation devient évidente et l'abcès incisé donne un verre de pus. Ce pus examiné au microscope contenait de nombreuses espèces microbiennes, des cocci prenant le Gram, des diplocoques se décolorant par la méthode de Gram dont le siège intra-cellulaire peut faire penser qu'il s'agissait de gonocoque. Enfin de petits bacilles fins et rectilignes. Ce pus n'ayant pas été recueilli aseptiquement, il n'a pas été possible de faire de culture.

La température qui s'était élevée à 39°5 pendant la formation de l'abcès de la vaginale redescend un peu après l'incision.

Mais, cette amélioration est de courte durée. Le délire de la nuit persiste. La paraplégie, après une légère atténuation s'accroît de nouveau et la sensibilité disparaît au niveau des membres inférieurs. L'eschare du sacrum augmente, l'incontinence d'urine et des matières fécales est absolue, la langue est sèche et le malade succombe le 31 janvier 1894.

Pendant toute la durée de la maladie l'écoulement urétral a persisté et sur des lamelles faites deux jours avant la mort on constatait de nombreux gonocoques accompagnés il est vrai d'autres espèces microbiennes.

A aucun moment on n'a noté de symptômes particuliers du côté des membres supérieurs.

AUTOPSIE. — L'ouverture du canal rachidien a pu être faite 12 heures après la mort et a donné lieu aux constatations suivantes :

Il n'existe pas d'adhérences de la dure-mère au canal rachidien. Dans la partie supérieure, elle est plissée et présente la coloration normale ; mais à la partie inférieure elle a une coloration blanchâtre opaline donnant l'impression d'un œdème.

Après un examen plus attentif on constate qu'au-dessous de la dure-mère il existe du liquide qu'on fait mouvoir facilement en pressant sur la dure-mère. Le liquide aspiré après cautérisation à la surface est très louche. Le liquide est très albumineux et donne par la chaleur un précipité très abondant.

Après avoir enlevé la *moelle*, on constate qu'elle est au niveau de la région lombaire plus molle que partout ailleurs.

A la partie antérieure, les *méninges* sont à peine rosées tandis qu'à la partie postérieure elles sont le siège d'une vascularisation très intense. Par points la pie-mère paraît épaissie et forme au-dessus du réseau vasculaire des taches irrégulières d'aspect opalin.

On ne trouve nulle part de foyer suppuré.

A première vue les lésions paraissent siéger uniquement à la partie inférieure de la moelle dorsale et dans la moelle lombaire, car on ne remarque rien sur la moelle cervicale.

Cerveau. — La dure-mère crânienne très anémiée ne présente pas d'adhérences avec l'encéphale. La pie-mère est le siège d'une congestion veineuse assez intense ; mais elle se détache facilement de l'écorce grise qui est très pâle. Les circonvolutions sont nettement détachées l'une de l'autre. L'artère du corps calleux n'est pas sclérosée, ni la basilaire, ni la sylvienne. En somme on ne constate rien de pathologique dans le cerveau.

L'examen des autres organes a été fait 24 heures après la mort.

Dans les deux poumons on constate un peu de congestion des bases.

Quelques adhérences pleurales et un peu de dilatation bronchique.

Le *foie* pèse 2800 grammes, il est pâle et gras.

Le *cœur* est sain et l'aorte présente à peine quelques plaques d'athérome.

Rate, 300 grammes. Molle.

Les *reins* sont un peu gros, se décortiquent bien et présentent par places des taches de congestion veineuse.

La *vessie* est un peu épaissie et renferme 150 grammes d'urine.

Les *uretères* et les *bassinets* paraissent sains. La vaginale est rouge et épaissie.

Les *articulations* coxo-fémorales droite et gauche ne contenaient ni pus ni épanchement.

Examen microscopique de la moelle. — L'examen microscopique de la moelle a été pratiqué et on a fait les constatations suivantes sur un fragment prélevé au niveau du renflement lombaire, fixé dans le sublimé acétique, durci dans l'alcool et inclus dans la paraffine.

La pie-mère forme une couche plus qu'à l'état normal ; entre les fibres conjonctives qui la constituent, on constate de nombreux leucocytes ; ils existent également à la surface libre. Les vaisseaux de la pie-mère sont dilatés, sur la coupe on constate des leucocytes, en nombre beaucoup plus grand qu'à l'état normal ; la paroi des vaisseaux est épaissie et entourée d'amas de leucocytes.

Entre la pie-mère et les cordons nerveux de la moelle on distingue une zone granuleuse renfermant de rares leucocytes. La pie-mère pariétale ne paraît pas présenter de lésions manifestes en dehors du léger degré de dilatation de ses vaisseaux.

Quant à l'intérieur de la moelle, les lésions y font absolument défaut ; les cellules des cornes antérieures sont bien colorées, et leurs prolongements sont normaux.

La névroglie est un peu rétractée par suite de la déshydratation, ce qui la fait ressembler à une substance spongieuse, mais les noyaux qui s'y trouvent et les nerfs qui la traversent ne présentent pas la moindre altération. On ne trouve nulle part de foyers inflammatoires ; les vaisseaux qu'on aperçoit dans l'intérieur de la moelle ne sont pas altérés. On distingue nettement les fibres lisses de la paroi.

Au niveau des racines rachidiennes on constate entre les cordons nerveux le même exsudat leucocytaire, qui existe au niveau de la pie-mère.

En somme, les lésions portent uniquement sur la pie-mère et ne se prolongent pas dans l'intérieur de la moelle.

La névroglie, la substance grise, les vaisseaux et les nerfs de l'intérieur de la moelle, pas plus que les racines rachidiennes, ne présentent d'altérations.

L'examen bactériologique, du liquide contenu au-dessous de la dure-mère a été pratiqué. L'examen du liquide sur lamelles après coloration au bleu de méthylène montre l'existence de nombreux globules de pus et de cocci nombreux.

Ces cocci de forme sphérique sont réunis 2 par 2 en diplocoques, ou disposés 4 par 4 ou en plus grand nombre, formant alors des amas irréguliers en grappe. Plusieurs de ces cocci sont contenus dans l'intérieur de globules de pus, où ils sont au nombre de 2 à 4, mais quel

ques globules en sont véritablement farcis. On en rencontre également dans l'intervalle des globules, affectant entre eux les mêmes dispositions, et c'est à ce niveau qu'ils affectent la forme de grappe.

Ces cocci sont fortement colorés par le bleu de méthylène, mais après décoloration par le Gram ils restent colorés.

Ce ne sont donc pas des gonocoques, ainsi qu'on aurait pu le penser, en tenant compte de leur accouplement 2 à 2 sous forme de diplocoques et de leur siège intra-cellulaire.

Nous avons recherché l'existence des microbes au niveau des coupes de la moelle ; les unes après coloration au carmin ont été traitées par la méthode de Gram, les autres ont été traitées par la méthode du Dr Nicolle (Coloration au bleu de méthylène phéniqué. Lavage à l'eau. Fixation du bleu par le tannin. Déshydratation par l'alcool et le xylol. Montage au baume de Canada).

Au niveau de la pie-mère, au milieu de l'exsudat, dont nous avons parlé plus haut, on constate l'existence de petits cocci, arrondis, réunis par groupes de 2 à 8, libres ou contenus plus rarement dans l'intérieur des cellules. Ces cocci se colorant facilement par le bleu de méthylène, restent colorés après le traitement par la méthode de Gram.

Ils sont en tout semblables à ceux recueillis dans le liquide qui entourait la moelle.

On ne constate la présence de microbes qu'autour de la pie-mère, autour des racines rachidiennes, et ils font absolument défaut dans les vaisseaux médullaires et dans le tissu propre de la moelle.

En pratiquant les coupes d'autres organes (foie, reins) il ne nous a pas été possible de trouver de microbes.

Cultures. — Le liquide estensemencé dans du bouillon, de la lactose, de la gélose, sur un tube de sérum-gélose. Enfin on fait une plaque de sérum-gélose, d'après le procédé indiqué par Wertheim pour l'isolement du gonocoque.

Toutes ces cultures ont été fertiles. Dans ce bouillon, il se forme, en 24 heures, à l'étuve à 35°, un trouble uniforme avec dépôt abondant dans le fond du tube. La culture est formée par un coccus immobile prenant le Gram.

Sur gélose, il se forme en 24 heures des colonies très abondantes,

surélevées, d'un blanc grisâtre, constituées par le même coccus. — Ces colonies, blanchâtres au début, prennent à la longue une coloration jaunâtre, mais celle-ci n'est jamais la teinte orangée franche du *staphylococcus aureus*.

Dans la plaque de gélatine se développent de petites colonies blanchâtres entourées d'une zone de liquéfaction qui apparaît déjà en 48 heures à l'étuve à 22°.

Dans les boîtes de Pétri, renfermant du sérum gélifié, il s'est développé de nombreuses colonies grisâtres, toutes semblables et formées par un coccus prenant le Gram : il ne s'est pas développé de colonie de gonocoque. Ce coccus a été repiqué sur pomme de terre. Il y forme en 48 heures, un enduit blanchâtre, visqueux, légèrement surélevé.

Les tubes de gélatine ensemencés par piqûres montrent, en 2 ou 3 jours, une liquéfaction en entonnoir. La gélatine liquéfiée est uniformément trouble, et l'entonnoir atteint toute la largeur du tube en 4 jours. Les tubes de lait stérilisé, ensemencé avec le coccus, présentent en trois jours une coagulation très évidente.

Les caractères des cultures montrent qu'il s'agit du staphylococcus albus.

Inoculations. — Le 4 février on injecte dans la veine auriculaire d'un lapin 2 centimètres cubes d'une culture en bouillon de 24 heures.

Le lapin maigrit et la mort survient le 11 février.

Le 18. — Un autre lapin de 2120 grammes est inoculé dans la veine auriculaire de 1 centimètre cube de culture en bouillon de 24 heures.

La mort survient en 8 jours.

Le lapin a perdu 500 grammes de son poids. A l'autopsie, on constate une tuméfaction très marquée de la rate qui a doublé de volume. Au niveau des reins, on remarque à la surface de petites zones grisâtres, légèrement déprimées, assez analogues comme aspect aux infarctus emboliques de l'homme. Sur la coupe du rein on voit qu'ils ont une forme de cône, dont la base correspond à la surface du rein. Ces foyers sont très abondants dans les 2 reins et correspondent exactement à ce que Ribbert décrit sous le nom d'infarctus nécrotique. On constate dans les poumons de petits foyers grisâtres, entourés d'une zone congestive.

Avec le sang du cœur et la pulpe du rein on ensemence des tubes de

gélose qui, en 24 heures à l'étuve montrent des colonies de *staphylococcus albus*.

Un deuxième lapin, auquel il a été injecté dans la veine auriculaire 4 centimètres cubes de la culture en bouillon de 24 heures, a succombé en 24 heures sans présenter de lésion macroscopique évidente et le sang du cœur contenait en abondance des cocci.

Un cobaye inoculé, le 4 février, par injections sous-cutanées de 1 centimètre cube de la culture en bouillon présente de l'œdème au point d'inoculation le 5 février. Les jours suivants, il se développe en ce point un abcès assez volumineux ; par ponction, on retire du pus, qui renferme du coccus et donne sur gélose une culture pure de staphylococcus. Le cobaye est encore vivant le 14 mars 1894.

De toutes ces expériences, il résulte qu'il s'agit d'un coccus présentant tous les caractères de staphylocoque. En outre il s'agit d'un staphylocoque virulent, car ainsi que l'a montré Ribbert les lésions nécrotiques que nous avons constatées au niveau des reins et des poumons, s'observent lorsque le staphylocoque est doué d'une virulence marquée. Quand il est moins virulent, en effet, ce sont des lésions suppuratives que l'on rencontre, et la mort survient beaucoup plus tardivement en 3 ou 4 semaines.

Bien que l'examen du liquide médullaire n'ait pu être fait que 10 heures après la mort, nous ferons remarquer que l'abondance du micro-organisme dans cet exsudat, la prédominance du siège intra-cellulaire du micro-organisme, l'absence de bacterium coli nous permettent d'assurer qu'il ne s'agit pas d'un envahissement post-mortem.

Obs. 31 (Traduite de STANLEY, rapportée par GULL).

Un homme de 30 ans fut admis trois semaines pour une blennorrhagie compliquée de phimosis et qui était en voie de guérison ; l'inflammation de l'urèthre avait diminué, mais l'écoulement continuait. Pendant que cette lésion persistait, et sans trouble particulier de l'état général, il fut soudainement atteint de paraplégie jusqu'à l'ombilic. La perte de la motilité était complète dans les membres inférieurs, et de la sensibilité presque complète : l'intelligence était intacte. Quand on le questionnait,

il répondait qu'il éprouvait des douleurs dans le dos depuis un jour ou deux. Le pouls était à 85 et assez plein. La liberté du ventre fut obtenue par des purgatifs, mais sans profit pour le malade.

L'urine s'écoulait involontairement et en quantité considérable. Et cependant la vessie étant pleine on retira avec une sonde trois pintes d'urines. Seize jours après son attaque de paraplégie, le malade se retourna tout à coup dans son lit et mourut.

La moelle épinière fut tout d'abord examinée avec beaucoup de soins. On constata une certaine turgescence des vaisseaux des méninges et de la moelle au niveau de la portion lombaire, et l'on retira de l'arachnoïde six drachmes d'un liquide transparent. Mais dit M. Stanley, ni la turgescence des vaisseaux, ni la présence du liquide ne suffisaient à expliquer la paraplégie par compression de la moelle. Le foie était augmenté de volume et induré. Les viscères abdominaux, à l'exception des reins, étaient sains et sans turgescence extraordinaire des vaisseaux. Les deux reins paraissent noirs tant leur couleur est foncée. Les parois de l'urèthre et la muqueuse vésicale étaient parcourues par des vaisseaux plus nombreux qu'à l'ordinaire.

La vessie renfermait une pinte d'urine. Il y avait un peu de liquide dans les méninges cérébrales et dans les ventricules.

Obs. 32 (Traduite du mémoire de GULL).

Henri S..., âgé de 21 ans, pâle et délicat, cordonnier, a eu plusieurs chaudepisses et est atteint d'un écoulement permanent, s'augmentant à chaque excès de boisson. Son état général est resté bon, et autant qu'il se le rappelle, il a été tout à fait bien jusqu'au mardi matin 1^{er} mars 1853. Dans l'après-midi de ce jour, il commença à sentir des douleurs entre les épaules ; la diarrhée, à laquelle il était fréquemment sujet, se déclara. Elle continua pendant la nuit ; la douleur augmenta dans le dos et il survint des soubresauts spasmodiques dans les jambes. Le lendemain matin les jambes devinrent faibles et engourdies, et il était incapable d'expulser son urine. Ses amis, pour le soulager, lui firent des fomentations chaudes sur les pieds, les jambes et le bas-ventre, qui produisirent une vésication étendue.

Il fut apporté à Guy's Hospital le 4 mars et confié aux soins de M. Branslay Cooper. Il présentait alors les symptômes suivants : perte complète du mouvement au-dessous de la sixième vertèbre dorsale ; les muscles du septième espace intercostal ne se contractent pas pendant la respiration ; la sensibilité est parfaite au-dessus de la limite indiquée, sur l'abdomen on peut pincer ou piquer la peau sans provoquer la douleur, mais une très légère sensation. Dans les membres inférieurs, anesthésie complète. La vessie est distendue, avec écoulement continu d'urine. Grand épuisement ; pouls à 110, faible. Respiration tranquille, 24 à la minute ; chaleur fébrile, langue chargée ; soif ardente. L'épine dorsale est parfaitement droite. Léger degré de sensibilité et sensation de contracture entre les épaules, à l'épigastre autour du pénis, aux malléoles, les téguments sont vésiqués et la peau est en partie enlevée par le fait des fomentations chaudes ; la dernière nuit quelques bulles apparaissent sur la malléole gauche et la plante des pieds. Eschare au sacrum.

Matières fécales normales. L'urine retirée au cathéter est ammoniacale et contient du mucus et du pus, ainsi que des traces de sang. Il mourut de la fièvre d'eschares, le 15 mars, 15 jours après les premiers symptômes de la paraplégie.

AUTOPSIE. — Quelques eschares superficielles sur les jambes et l'abdomen. Une large eschare au sacrum, quelques bulles à la plante des pieds. Les os et les ligaments de l'épine sont sains.

La *moelle* est ramollie aussi haut que le milieu de la région dorsale, auquel point la substance nerveuse se laisse dissocier par un courant d'eau tombant de haut.

Les substances blanche et grise paraissent également atteintes. Au milieu du tissu nerveux, il y a d'abondantes cellules granuleuses. Il n'y a pas trace de suppuration, pas plus que d'une vieille affection médullaire.

Les *méninges* sont saines en apparence ; le foie sain ; les reins de couleur noire par suite de la congestion veineuse. La vessie est épaisse, et sa muqueuse couverte d'une exsudation diphtérique. Entre la vessie et le rectum, on constate un abcès de forme irrégulière à parois gangrenées et communiquant avec la vessie par une large perte de

substance ; près du bulbe de l'urèthre, second abcès plus récent formé de pus louable. Les poumons s'affaissent à l'ouverture du thorax et paraissent sains. Le cœur est normal.

OBS. 33 (DUFOR, Thèse Paris, 1889).

Le nommé Xavier Boudev..., cordonnier, âgé de 18 ans et 8 mois, occupe le lit n° 5 de la salle Saint-Victor, à l'hôpital de Versailles.

Antécédents héréditaires. — Père inconnu, mère âgée de 48 ans, bien portante, sans accidents rhumatismaux. Il est célibataire et fils unique.

Antécédents personnels. — A 14 ans, fièvre typhoïde peu grave. A 16 ans, adénites suppurées de la chaîne ganglionnaire du sterno-mastoïdien droit et abcès froid à la face antérieure du bras droit. Les ganglions du cou, ouverts au bistouri, ont donné lieu à une cicatrice chéloïdienne qui suppure encore très légèrement vers son sommet.

Le 16 janvier 1889 Xavier Boudev..., contracte pour la première fois une blennorrhagie qui se déclare huit jours après un coit suspect. Il nous dit que l'écoulement fut peu abondant et ne resta purulent que huit à dix jours : pendant les quinze jours qui suivirent cette première semaine, il ne constata que quelques gouttes de sérosité claire. Par contre la douleur, pendant la miction, fut intense et persista près de deux mois ; il éprouva des envies fréquentes d'uriner, jusqu'à quinze et vingt fois dans la journée.

La miction était toujours un peu plus douloureuse à la fin. Il n'y a jamais eu de sang dans son urine.

Le malade, après avoir consulté un médecin qui constata la blennorrhagie s'est soigné chez lui avec de la graine de lin et des injections d'eau blanche.

Vers le commencement de mars dernier, sont survenues dans l'espace de 48 heures des douleurs violentes dans la région lombaire qui durèrent quinze jours et l'empêchèrent absolument de dormir pendant ce laps de temps. Au bout de ces quinze jours, les douleurs lombaires firent place à une sensation de fourmillement continu dans les deux jambes jusqu'à la hauteur de la ceinture. Cette sensation plutôt gê-

nante que douloureuse persista environ 8 jours pendant lesquels la force et la motilité diminuèrent graduellement dans les membres inférieurs jusqu'à ce que le malade fût forcé de s'aliter, la paraplégie étant complète. Il resta encore chez lui dans cet état près de 3 semaines et ne se décida que le 22 avril à entrer à l'hôpital, parce qu'il vit, dit-il, à cette époque survenir de l'enflure des jambes.

Il fut admis à la salle Saint-Louis, n° 34, dans le service de M. le Dr Lauréal. A ce moment-là, Xaxier Boudev... ne souffrait plus nulle part, ni dans la verge, ni dans les reins, ni dans les jambes où les fourmillements eux-mêmes avaient cessé.

Le jour précis de son entrée à l'hôpital il se déclare de la *paraplégie*, paralysie de la vessie et le malade urine par regorgement. Depuis lors, on le sonde régulièrement deux fois par jour en prenant toutes les précautions antiseptiques nécessitées en pareil cas. Ce que le malade appelait de l'enflure des jambes était une manifestation articulaire, avec fièvre modérée et léger épanchement dans les deux tibio-tarsiennes, le genou gauche et dans les coudes. On lui fait prendre du salicylate de soude pendant douze jours à la dose de 3 à 5 grammes par jour et le rhumatisme disparaît au bout de ce laps de temps.

A cette date, c'est-à-dire vers le 3 mai en même temps que les douleurs spontanées réapparaissaient dans les membres inférieurs toujours paraplégiques, on constatait un commencement d'eschare au sacrum. Cette eschare qui revêtit d'emblée les caractères du decubitus acutus eut une marche rapidement envahissante et, en six jours, elle dénuda complètement le sacrum jusqu'au coccyx, mettant à nu les muscles fessiers sur l'étendue d'une double largeur de main.

Outre ce vaste délabrement à la région sacrée, on constatait quelques eschares commençantes, au niveau du grand trochanter droit et aux malléoles des deux extrémités inférieures.

A l'incontinence d'urine s'était jointe depuis la veille l'incontinence des matières fécales, qui, malgré les soins de propreté dont le malade était l'objet, influençait défavorablement la marche de la grande eschare.

La paraplégie restait absolue ; les membres inférieurs présentaient

des réflexes rotuliens exagérés ainsi que le phénomène du pied d'une façon très nette, surtout à droite.

La sensibilité au contact, à la température et à la douleur était notablement diminuée mais non abolie ; les deux premières vertèbres lombaires étaient un peu douloureuses à la pression.

L'état général du malade était assez satisfaisant ; il avait cependant un peu maigri et l'appétit avait presque entièrement disparu. A la percussion et à l'auscultation on ne découvrait rien d'anormal aux poumons ni au cœur. L'urine ne contenait ni pus ni albumine.

A partir du 13 juin, les trois modes de sensibilité disparaissent progressivement dans les membres inférieurs qui sont souvent animés de soubresauts réflexes très douloureux pour le malade. On y constate en même temps une atrophie commençante, atrophie qui fait tous les jours de rapides progrès. Les muscles réagissent à peine sous l'action des courants induits.

Le 24 juin. — Xavier Boudev... se plaint de douleurs fulgurantes dans les deux membres supérieurs, mais surtout dans le droit ; on y constate une notable diminution de la sensibilité surtout à droite. Il apprécie encore un peu les différences de température de certains corps, mais on peut lui enfoncer une épingle dans l'avant-bras droit sans qu'il éprouve la moindre douleur.

Ses éminences thénar et hypothénar des deux côtés commencent à s'atrophier.

A partir de cette date l'atrophie envahit rapidement les muscles des membres supérieurs et les fléchisseurs des doigts se mettent en contracture permanente. L'exploration au courant induit ne donne aucune réaction musculaire dans le membre supérieur droit et seulement une très légère dans le gauche. Les deltoïdes ont complètement disparu. Les muscles du tronc se prennent à leur tour et la gêne respiratoire, sans aller jusqu'à la dyspnée, est manifeste.

Le 2 juillet, la déglutition devient difficile, ce dont le malade se plaint beaucoup, car l'appétit est revenu depuis une dizaine de jours, La parole est embarrassée. On constate à cette date, avec une certaine surprise, que l'incontinence d'urine cesse peu à peu et que le malade peut vider sa vessie volontairement.

L'incontinence des matières fécales persiste, l'eschare au sacrum reste stationnaire. — Les jours suivants, la gêne respiratoire va en augmentant : le malade est pris de crises d'étouffements quotidiennes, mais sans jamais présenter le phénomène de Cheyne-Stokes.

Le 12. — Il meurt presque subitement au début d'une crise dyspnéique. Pendant tout le séjour de ce malade à l'hôpital sa température a constamment oscillé entre 37° 8 et 39° 5.

AUTOPSIE. — Cet examen, que j'ai pu pratiquer quinze heures seulement après la mort, m'a donné les résultats suivants :

Poumons. — Le parenchyme est sain, sans trace de tubercule, un très petit territoire emphysémateux au bord antérieur du poumon gauche. — Mais on y constate une congestion intense et généralisée, sans point maximum spécial. Des morceaux, pris tant au sommet qu'aux bases et plongés dans un vase d'eau, flottent dans la partie moyenne du liquide. Spumes bronchiques abondantes.

Cœur. — Normal ; rien sur l'endocarde cavitaire et valvulaire ; le cœur droit ne paraît pas dilaté. Le péricarde est sain, sans adhérences. La fibre cardiaque n'est pas altérée dans sa couleur.

Tube digestif. — Ne présente rien de particulier, sauf du côté du rectum, qui est énormément distendu et remplit presque à lui seul le petit bassin.

Appareil génito-urinaire. — La muqueuse urétrale est rouge et épaissie dans tout l'urèthre pénien ; je n'y trouve pas trace de pus. Les testicules paraissent sains ; quant à la vessie que je m'attendais à trouver distendue comme le rectum, elle est au contraire toute petite, absolument vide et pourvue d'une couche musculaire fort épaisse. La muqueuse est injectée, mais ne suppure en aucun point. Les uretères sont sains. Les reins ont leur coloration et leur volume normal ; ils se laissent facilement décortiquer. On n'y constate aucune lésion macroscopique.

Ax. cérébro-spinal. — Le cerveau ainsi que les méninges cérébrales ne présentent rien de particulier.

La moelle est très ramollie sur tout son parcours surtout à la région cervicale ; je n'ose inciser les méninges en raison de cette diffuence et

je l'enlève avec ses enveloppes intactes. L'arachnoïde est le siège d'une inflammation et l'on y trouve sur la face externe de sa portion médullaire au niveau de la deuxième vertèbre cervicale une fausse membrane qui a environ 4 centimètres de longueur sur un de largeur. Des fragments de cette moelle pris à différentes hauteurs ont été placés immédiatement dans la liqueur de Müller. Au bout de deux mois, ils ont été mis pendant 24 heures dans de l'alcool à 90°, puis inclus dans la celloïdine. Les coupes faites sur ces différents fragments ont été traitées de la façon suivante : d'abord par le picro-carmin et l'hématoxyline pour colorer les noyaux, puis par la méthode de Weigert ; l'examen de ces coupes que M. le docteur Mosny, préparateur au laboratoire de M. le professeur Straus, a bien voulu pratiquer, a donné les résultats suivants :

Moelle dorsale. — Les cornes antérieures présentent les cellules motrices des trois groupes absolument saines et en nombre normal. Les cornes postérieures sont également saines. Les cordons antérieurs (faisceaux de Türck), les faisceaux antéro-latéraux ainsi que les cordons postérieurs (faisceaux de Gall et faisceaux de Burdach) sont demeurés sains. Seuls les faisceaux pyramidaux croisés offrent des lésions consistant en congestion très nette et en sclérose interstitielle. Quant aux tubes nerveux, leur cylindre exact est conservé.

On y constate de la désintégration granuleuse de la gaine de myéline avec accumulation de corps granuleux dans l'intérieur de cette gaine.

L'examen de la moelle cervicale et de la moelle lombaire nous fait malheureusement défaut ; l'état de ramollissement de ces parties, malgré leur immersion immédiate dans la liqueur de Müller, n'ayant pas permis leur durcissement.

Obs. 34 (POMBRACK, *Wratch*, 1893).

Au 12^e jour d'une blennorrhagie apparaissent chez un homme sans antécédents des douleurs dans le bras gauche, et dans l'articulation tibio-tarsienne gauche.

Malgré le traitement de l'arthrite, le malade remarqua bientôt de la

faiblesse dans les membres inférieurs à laquelle succéda une paralysie complète. Il présentait en même temps des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs.

La sensibilité cutanée ne présentait pas d'altération ; les réflexes rotuliens étaient abolis.

Rétention d'urine : eschare sacrée.

L'autopsie ne put être faite.

OBS. 35. — *Blennorrhagie. — Arthrite du genou gauche. — Cachexie et atrophie musculaire généralisée. — Myélite. — Mort* (RAYNAUD due à MOREAU).

S. G..., vingt ans, entre à la clinique médicale, le 4 août 1887. Ce jeune homme, atteint depuis quatre mois d'une blennorrhagie très mal soignée, qui s'était compliquée de rhumatisme du genou gauche, se présentait à l'hôpital dans un état cachectique alarmant.

On constatait en effet un amaigrissement considérable avec atrophie musculaire généralisée, une grande faiblesse, de l'inappétence, une diarrhée abondante verte, sans vomissements. Pas de signes stéthoscopiques. Mictions rares. Le genou gauche était tuméfié par la présence d'une arthrite ; toute la jambe gauche était atteinte d'un œdème blanc très douloureux. Eschare au sacrum.

En peu de jours, la cachexie profonde dans laquelle se trouvait le malade, augmentait, les troubles de myélite ascendante s'accroissaient rapidement et il mourait dans le marasme huit jours après son entrée dans le service (12 août).

L'autopsie fut pratiquée le lendemain.

On ne découvrit rien aux viscères. La moelle sans lésion macroscopique, ne fut pas examinée.

OBS. 36. — *Blennorrhagie. — Accidents du côté de la moelle. — Paraplégie. — Choléra. — Mort* (TIXIER, th. Paris, 1866).

Noël V..., bijoutier, âgé de 19 ans, né à Paris, entre à la maison de santé, le 18 juillet, service de M. Cazalis, chambre n° 9, n'ayant jamais eu aucune atteinte rhumatismale antérieure, habituellement d'une

bonne santé. Cet homme éprouva il y a trois semaines une sensation de chaleur dans le canal de l'urèthre, il avait en même temps un écoulement modéré, la miction était douloureuse. A l'urétrite s'ajouta bientôt de la balano-posthite ; tous ces accidents étaient survenus après des rapports suspects. Il y a 12 jours, il ressentit dans les épaules, les bras, et le long de la colonne vertébrale des douleurs violentes, rendant les mouvements des plus difficiles ; la fièvre était presque nulle, pas d'agitation la nuit, appétit un peu diminué. Cet état persistait quand le lundi 16 juillet, sans refroidissement, sans fatigue, sans cause connue, il est tout étonné de ne pouvoir pas se lever ; ses jambes sont comme engourdies ; le lendemain, les douleurs dans les membres avaient peu à peu disparu, il se croyait mieux, lorsqu'il s'aperçut qu'il était dans l'impossibilité de mouvoir ses membres inférieurs.

Le 18, il entre à la maison de santé, et nous constatons qu'il a une paraplégie presque complète, la paraplégie remonte environ jusqu'aux attaches du diaphragme, le malade est immobile, étendu sur son lit, ses jambes sont le siège d'une anesthésie incomplète et d'analgésie absolue. Depuis le 16 au soir, le malade n'a pas été à la selle, il urine par regorgement, la vessie remonte jusqu'au niveau de l'ombilic ; il n'éprouve pas de douleurs spontanées dans les membres inférieurs, il accuse seulement quelques sensations de bouillonnement, les mouvements réflexes sont très accusés.

Il n'y a pas de fièvre, 82 pulsations, langue légèrement saburrale. En sondant le malade on ne réveille pas de douleurs dans le canal de l'urèthre. L'écoulement uréthral persiste ; entre le prépuce et le gland existe une sécrétion séro-purulente très abondante. Au niveau du frein, il existe quelques ulcérations peu profondes et sans induration.

Salsepareille, sirop sudorifique, calomel à dose fractionnée ; 15 ventouses scarifiées à la région dorsale ; bouillons, potages. On est obligé de sonder le malade matin et soir. Les jours suivants l'état reste à peu près le même, pas de fièvre, appétit conservé.

Le 23 juillet, le malade, qui était constipé depuis quelques jours, est pris de diarrhée et de nausées, la langue est saburrale, la figure légèrement altérée, il est sous l'influence de l'épidémie régnante. Poudre d'ipéca, 2 grammes.

Le 24, la diarrhée continue il est survenu des vomissements, vésicatoire à l'épigastre, sous-nitrate de bismuth, craie, thé au rhum, etc.

Le 26, le malade se refroidit et succombe dans la soirée à cette atteinte de choléra.

OBS. 37. — *Paraplégie au cours de la gonorrhée. — Guérison*
(STANLEY, *Medico-chirurg. Trans.*, XXXIX, p. 208, 1856).

Alfred L..., vingt-huit ans, employé. Le 17 juin 1855, chaudepisse avec ses symptômes habituels.

Le 1^{er} juillet. — Début des douleurs dans les épaules, qu'il attribue à un refroidissement.

Les jours suivants, douleurs dans les lombes, qui ne l'empêchèrent pas de faire une course assez longue. Il marcha pendant un mille sans souffrir des jambes.

Le 3. — Il continua à vaquer à ses occupations, bien que traînant les jambes. Le soir il appliqua un sinapisme dans la région dorsale.

Le 4. — Il fut incapable de se lever et dut faire quérir un médecin parce qu'il ne pouvait uriner. Pendant la journée, la paralysie des membres inférieurs s'accrut et la rétention d'urine fit place à l'incontinence.

Le 5. — Il entre à l'hôpital. Il pouvait à peine remuer les membres inférieurs et ressentait comme de l'engourdissement jusqu'à la hauteur des genoux ; spasmes involontaires dans les deux jambes, sensation de constriction à la partie inférieure du thorax ; constipation ; rien au niveau des apophyses épineuses ni au niveau des jointures, état général assez bon, écoulement urétral modéré.

Les spasmes disparurent peu à peu, et, le 15, il pouvait se tenir debout, mais non marcher : enfin, il quitta l'hôpital quelque temps après, considérablement amélioré.

L'année suivante, il fut de rechef pris de symptômes analogues à la suite d'une nouvelle chaudepisse.

OBS. 38. — *Un cas de méningo-myélite dans le cours d'une blennorrhagie* (TRAPEZNIKOV, empruntée à SOUPLET, th. Paris, 1893).

H..., âgé de 24 ans, présente, 4 semaines après le début de sa première blennorrhagie, au moment où il est presque guéri, les signes d'une lésion médullaire.

Simultanément, la température s'élève à 39° et une épидidymite se développe.

Voici les phénomènes observés. Paralyse vésicale et rétention d'urine. Constipation considérable et difficile à traiter.

Douleurs vives tout le long de la colonne vertébrale. Trépidation dans les jambes. Réflexe rotulien exagéré.

Anesthésie des membres inférieurs.

Fourmillements dans les bras et dans les jambes. Après une semaine de traitement actif, tous ces symptômes ont disparu, mais à leur place apparaissent de la polyurie durant 3 semaines et une cystite. Celle-ci guérit assez vite, et l'urine redevient claire.

Le malade sort de l'hôpital. Bientôt il présente de l'incontinence d'urine et des matières. Ces phénomènes récidivèrent plusieurs fois, et le malade fut obligé de se traiter longuement.

Jamais il n'y eut d'arthrite blennorrhagique.

OBS. 39. — *Un cas de méningo-myélite d'origine blennorrhagique* (POLOZOFF, empruntée à SOUPLET, loc. cit.).

Basil Alexi..., soldat d'infanterie, entre à l'hôpital militaire, le 19 avril 1890, pour une uréthrite aiguë datant de 6 jours.

Ecoulement blennorrhagique épais ; c'est sa 3^e blennorrhagie ; la 1^{re} en novembre 1889, la 2^e en janvier 1890.

26 mai. — Rétention d'urine. Constipation durant jusqu'au 1^{er} juin. Pas d'albumine.

1^{er} juin. — Fourmillements dans le membre inférieur. Douleur à la pression des vertèbres lombaires. Anesthésie de la peau des membres inférieurs, atteignant le bas-ventre de la région lombaire.

Réflexes rotuliens exagérés. Constipation persiste, cédant mal aux purgatifs et aux lavements. Température normale.

Jusqu'au 12 juin, état stationnaire avec persistance de rétention.

12. — Elévation de température. La douleur lombaire et des membres augmente. Faiblesse des jambes plus accentuée. Délire. Cet état persiste pendant tout le mois de juillet, la température étant le plus souvent normale, mais présentant parfois des oscillations.

La rétention d'urine est moins accentuée, le malade urinant quelquefois seul.

Constipation opiniâtre.

Au mois d'août, légère amélioration mais un peu d'atrophie des membres inférieurs.

En septembre la paraplégie est encore très accusée avec contraction clonique des membres inférieurs, quand il les posait à terre. Envoyé en congé de réforme le 10 octobre, n'a pu être suivi.

Obs. 40 (De STÉPHANINI, traduite d'après SCARENZIO, qui a vu le malade, empruntée à SOUPLET, *loc. cit.*).

H..., 16 ans, sans tare, mais délicat, de parents sains, eut, à 6 ans, une fièvre typhoïde et, à 8, une scarlatine. Depuis cet âge il est bien portant, bien que souvent atteint d'accès de fièvre intermittente ; il venait d'en souffrir à nouveau. Huit jours après l'infection, il est pris le 1^{er} septembre d'un violent écoulement urétral.

Cubèbe, bicarbonate de soude, injections de nitrate d'argent. Il était sensiblement amélioré le 26^e jour quand, à la suite d'un excès, survint de l'ischurie pour laquelle on dut le sonder. Pas d'autres symptômes que la distension vésicale et les envies d'uriner. La vessie vidée il dormait bien.

Le 27 septembre. — L'ischurie persiste, cathétérisme.

Le 28. — Température 39°5 ; pouls 90.

Le malade ne peut tenir sur ses jambes ; il ne présente pas d'ailleurs de trouble de la sensibilité. Constipation depuis quelques jours.

Le 29-30. — Même état, mais les urines sont troubles, avec dépôt

jaune blanchâtre (muco-pus, globules de sang, phosphate de magnésie). Pas d'albumine, réaction acide.

Le 1^{er} octobre. — Température 39° ; pouls 96. Les cuisses et les jambes sont complètement insensibles et paralysées. Impossibilité du moindre mouvement et perte des sensations de douleur et de température. Paralyse du rectum.

Le 2. — Température 38°. Urines troubles, sanguinolentes, à réaction acide.

Du 2 au 5. — Même état, température 38 à 40°.

Le 5. — Au matin, température 37°5 ; léger retour de la sensibilité à la piqûre. Le soir 40°, anesthésie complète.

Le 6. — Température 38°2. Légère sensibilité.

Le 7. — Température 37°. Léger mouvement du pied.

Les jours suivants, la sensibilité et les mouvements deviennent plus manifestes.

Persistance de la paralysie du rectum et de la vessie jusqu'au 13. A cette date on cesse les cathétérismes, le malade urinant spontanément.

Plus de cathétérismes. Urines toujours acides, mais un peu troubles. Mictions assez fréquentes.

Deux mois après le début de la blennorrhagie, le malade est complètement guéri. Urines claires et sans dépôt.

OBS. 41. — *Méningite cérébro spinale* (STIÉNON, de Bruxelles, empruntée à SOUPLET).

Le 18 septembre. — Homme, 24 ans, entre dans le demi-coma, avec la tête renversée en arrière. Inégalité des pupilles. Incontinence d'urine. Délire la nuit. Température : 39°2. Constipation. Pas d'hypertrophie de la rate. Enfin, uréthrite aiguë purulente.

En interrogeant le malade on apprenait que la maladie avait débuté 3 jours avant par de la céphalée, de la rachialgie, des vomissements.

La nuit suivante, délire et incontinence d'urine. Pas d'antécédents nerveux dans la famille. Pas d'alcoolisme. Seul antécédent : blennorrhagie de 4 semaines.

Des révulsifs appliqués sur la région cervicale, des purgatifs n'amènent pas d'amélioration pendant 3 jours.

Vers le 22, la céphalée diminue ainsi que la somnolence, la raideur de la nuque s'atténue, mais persistance de l'incontinence d'urine avec incontinence des matières fécales.

Douleurs dans le membre inférieur plus violentes.

Le 28. — Etat suivant :

L'inégalité pupillaire et les symptômes céphaliques du début ont disparu, et les symptômes sont localisés à la moitié inférieure du corps.

Rachialgie lombaire augmentée par la pression. Paralysie complète du membre inférieur droit absolue. Moins complète à gauche. Diminution des réflexes.

Diminution de la sensibilité du membre inférieur allant jusqu'à l'ombilic.

Incontinence des urines.

Le 10 octobre. — Amélioration assez complète, pour permettre au malade de se lever.

Le 16 novembre. — 2 mois après, il part en Allemagne n'ayant que de la faiblesse et de la raideur des membres inférieurs.

OBS. 42 (REIMERS de Hambourg, traduite par
M. PINESSE, externe des hôpitaux).

G... Charles, cocher, sans antécédents héréditaires, entre le 25 octobre 1891, à l'hôpital de Hambourg.

Dans l'enfance, rachitisme et rougeole, pas d'autre maladie.

A eu déjà trois blennorrhagies. Il y a trois semaines nouvelle blennorrhagie. qu'il a soignée par des injections et des capsules de copahu.

Mais il continuait malgré son écoulement à boire et à avoir des rapports sexuels.

Etant resté pendant deux heures sur son siège, immobile, exposé à un vent froid nord-est, il est pris le lendemain, 23 octobre, de violents frissons qui le forcent à s'aliter.

Bientôt apparaissent de fortes douleurs de têtes, des vomissements, des douleurs tout le long de la colonne vertébrale et le malade est conduit à l'hôpital le 25 octobre.

Le 26. — Homme petit, bien bâti. Le malade un peu abattu répond

cependant bien aux questions et se plaint d'une céphalée violente. Il existe de la raideur de la nuque et un léger degré d'opisthotonos empêchant la flexion de la tête. Les apophyses épineuses sont douloureuses à la percussion. Les réflexes tendineux sont vifs mais non pathologiquement exagérés. Constipation depuis 4 jours.

Enfin il existe une blennorrhagie floride avec écoulement abondant.

Les autres organes sont normaux.

La rate n'est pas augmentée de volume.

La température est de 39°6.

Les jours suivants, l'état reste à peu près stationnaire ; la température oscille entre 39 et 39°6, il existe du délire bruyant la nuit. La raideur de la nuque persiste, mais on ne constate rien d'anormal du côté des yeux. Les pupilles sont égales, réagissent bien à la lumière et les mouvements des yeux sont normaux.

Les réflexes sont très vifs et il existe de l'hyperesthésie cutanée.

Le traitement employé fut le suivant, vessies de glace sur la tête, 0,01 centigramme de morphine la nuit. Injections de sulfate de zinc dans l'urèthre.

Le 29. — La nuit a été bonne, la céphalée a beaucoup diminué et la raideur de la nuque est moindre.

Cependant la fièvre persiste, les douleurs lombaires augmentent d'intensité, les réflexes rotuliens simplement vifs au début sont notablement exagérés, et l'hyperesthésie est elle-même plus accentuée.

L'écoulement reste stationnaire et contient toujours du gonocoque.

Urine 1800 grammes, ne contenant ni sucre ni albumine.

La constipation a disparu.

Le 31. — La céphalée a complètement disparu, la raideur de la nuque n'existe presque plus, le sommeil est bon ; mais les douleurs lombaires sont toujours violentes, la raideur de la colonne vertébrale persiste, les réflexes sont très exagérés et il existe même du clonus du pied. La fièvre un peu diminuée persiste toujours.

Le 3 novembre. — La température qui avait baissé progressivement les jours précédents redevient normale.

L'herpès qui s'était montré dans les premiers jours a complètement disparu. Les douleurs lombaires sont un peu diminuées et malgré la

raideur persistante de la colonne vertébrale le malade peut s'asseoir sur son lit. Les réflexes sont moins exagérés et l'hyperesthésie a beaucoup diminué. Enfin l'écoulement urétral est presque terminé.

Le 13. — L'amélioration continue, le malade se lève et peut même se baisser pour ramasser un objet par terre et seuls les réflexes restent un peu vifs.

Le 23. — Il sort guéri.

OBS. 43. — *Rhumatisme blennorrhagique. — Accidents spinaux*
(HAYEM et PARMENTIER).

X..., âgé de 29 ans, comptable, entré le 7 mars 1887, salle St-Christophe, lit n° 1.

Antécédents héréditaires. — Père tué en 1870. Mère morte en 1870 d'une hémoptysie abondante qui l'emporta en deux jours. Elle ne toussait pas. Elle était nerveuse, fort irritable ; mais pas d'attaque de nerfs. Frère bien portant ; eut la chorée à douze ans.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle. Syphilis en mars 1882, traitement par la liqueur Van Swieten et l'iodure de potassium pendant deux mois.

Au mois de mai urétrite légère ; les douleurs durèrent trois jours ; au bout d'une semaine il n'y avait plus d'écoulement.

En septembre 1886, violente blennorrhagie, douleurs uréthrales intenses, écoulement purulent abondant. Bien qu'il en souffrit beaucoup il négligea de se soigner.

Au bout de quinze jours, il ressentit dans les membres inférieurs des douleurs siégeant plutôt à la partie interne des cuisses : excitées par la marche ces douleurs cessaient au repos.

Quatre jours après, apparut une hydarthrose dans le genou droit et, 8 jours après, ce fut le tour du genou gauche, qui devint gonflé et douloureux.

Dès lors, le malade dut garder le lit.

Traitement. — Teinture d'iode, vésicatoire et compression *loco dolenti*.

Bientôt, il s'aperçut que les membres inférieurs, particulièrement les cuisses, s'amaigrissaient.

Au bout de 2 mois, il put se lever ; les genoux n'étaient plus gonflés, mais étaient encore douloureux.

Les douleurs dans les cuisses étaient moins vives. Il essaya alors de reprendre son travail. Mais au bout d'une semaine, il dut l'abandonner : il ressentait dans les talons de violentes douleurs qui l'empêchaient de marcher.

Le pied était en demi-extension sur la jambe et on ne pouvait le redresser sans provoquer de vives souffrances ; la région du talon était gonflée et douloureuse.

Les articulations métatarso-phalangiennes du côté gauche furent atteintes. Enfin l'amaigrissement des membres inférieurs devint plus notable. Le malade fut un peu soulagé par le salicylate de soude et les bains de vapeur. Néanmoins, l'amaigrissement des membres inférieurs continuant à se développer, la plante du pied à droite et à gauche étant toujours douloureuse, le malade se décida à entrer à l'hôpital. A cette date, l'écoulement blennorrhagique avait totalement disparu.

A son entrée, on le soumit à un traitement mixte : iodure de potassium et mercure. On lui fit même des frictions avec l'onguent napolitain sur les talons ; il n'en éprouva aucune amélioration.

Le malade était depuis trois mois à l'hôpital et soumis au traitement mercuriel et ioduré à forte dose, lorsqu'apparurent des douleurs violentes et du tremblement dans les membres inférieurs.

Les douleurs qui portaient du talon et s'étendaient jusqu'aux genoux, étaient instantanées et rappelaient par leurs caractères, les douleurs dites fulgurantes. Elles étaient plus fréquentes la nuit et le réveillaient en sursaut.

De temps à autre, il était pris de crampes dans les membres inférieurs, surtout douloureuses à la plante des pieds.

Le tremblement ne survenait qu'au moment où le pied posait à terre et s'étendait alors à tout le membre. L'exagération des réflexes était fort notable des deux côtés.

La trépidação épileptoïde existait également à droite et à gauche. Le chatouillement de la plante des pieds déterminait des spasmes dans le membre correspondant. La sensibilité était conservée. Léger degré

de parésie musculaire. Pas de troubles des sphinctres. Pas de douleurs en ceinture.

Le malade éprouve un peu de sensibilité de la région dorso-lombaire, dans les mouvements de flexion et d'extension ; rien au repos ; percussion des apophyses épineuses dorso-lombaires peu douloureuse.

Le malade ne peut se tenir debout, à cause de la douleur de la plante des pieds et du talon, et de la faiblesse des jambes.

On continue le traitement syphilitique : 8 grammes d'iodure, frictions mercurielles.

Voyant qu'il ne se produisait aucune amélioration, on fit suspendre le mercure et l'iodure de potassium. On prescrivit alors des bains sulfureux et des injections sous-cutanées d'antipyrine ; puis on eut recours à l'électricité.

Le malade, qui gardait le lit depuis cinq mois, commença dès lors à se trouver un peu mieux : après un mois, il put commencer à se lever ; on constata qu'il se tenait debout, les yeux fermés, sans osciller.

Progressivement et lentement le mieux s'accroît ; le malade peut faire quelques pas dans la salle qu'il met près d'un quart d'heure à parcourir dans sa longueur. Enfin, vers le mois de janvier, les douleurs fulgurantes, qui étaient devenues de plus en plus rares, disparaissent complètement.

La trépidation épileptoïde est à peine marquée. Le tremblement des membres inférieurs n'existe plus que lorsqu'il pose le pied à terre et disparaissent après quelques pas.

L'amaigrissement des membres inférieurs a cessé. Il ne reste plus en somme que la sensibilité de la plante des pieds et les douleurs des talons, qui le forcent à s'arrêter après un quart d'heure de marche.

Actuellement, 25 avril, le malade conserve encore sa douleur du talon ; il peut marcher pendant une heure environ sans être trop fatigué ; mais au début de la marche, les pieds sont raides et les souffrances du talon s'exaspèrent ; après quelques minutes, la marche devient plus facile.

Le malade lève bien le pied au-dessus du sol. Il ne frappe pas du talon. Il lui semble que si les douleurs des talons disparaissaient il marcherait comme avant sa maladie. Plus de trépidation épileptoïde, plus de

douleurs fulgurantes. Pas de signe de Romberg. La parésie musculaire a presque totalement disparu ; cependant le malade se sent moins fort qu'auparavant.

Il existe encore de l'atrophie des masses musculaires de la cuisse et du mollet ; mais elle est loin d'être aussi considérable qu'autrefois. Les genoux ne sont plus douloureux mais laissent percevoir des craquements. Pas de raideur de la colonne vertébrale. Bon état général.

OBS. 44. — *Rhumatisme blennorrhagique, méningo-myélite*
(HAYEM et PARMENTIER, *Revue de méd.*, 1888).

Cl... Georges, 26 ans, cocher, entre salle Bazin le 24 mai 1886.

Antécédents héréditaires. — Ses parents ne sont ni rhumatisants ni nerveux.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à l'âge de 16 ans, ayant duré 6 semaines, l'écoulement s'arrête presque complètement et fait place à un léger suintement, mais des douleurs vagues apparaissent dans l'épaule et la hanche du côté droit et dans le talon gauche. Cl... continue néanmoins son travail de conducteur d'omnibus, qui l'oblige à rester debout toute la journée.

Mais le talon droit se prend à son tour, alors il se fait cocher. L'écoulement étant revenu et les douleurs des talons étant plus vives, il entre à l'hôpital Tenon au mois de septembre 1883, dans le service de M. Dreyfus-Brisac.

Traitement. — Opiat. Salicylate de soude. Bains de vapeur.

Après un séjour de deux mois il sort de l'hôpital, souffrant encore des talons.

A la fin de 1884, il est obligé de nouveau de suspendre son travail à cause des douleurs de talons, qui sont devenues très vives quand il pose le pied à terre. Il reste chez lui dans cet état près de dix mois.

En juillet 1885, il entre dans le service de M. Siderey ; non seulement il souffre des talons et des pieds, mais il ressent de vives douleurs au niveau des reins et de la base de la poitrine. La station debout comme la marche lui est très pénible ; il ne peut se tenir sur la pointe

des pieds. Il marche un peu courbé en avant et ne peut gagner le but choisi, sans dévier de la ligne droite.

Les membres inférieurs ont perdu de leur force. Pas de troubles urinaires ni rectaux.

On aurait alors constaté une exagération des réflexes rotuliens.

Au dire du malade, on croyait à une congestion de la moelle.

Traitement. — Seigle ergoté pendant une semaine, puis iodure de potassium. Bains sulfureux. Cautérisation dans le dos.

A deux reprises, il essaye, sans succès, des souliers spéciaux faits par M. Collin.

De temps à autre, l'écoulement revient et disparaît. Au mois de décembre, il quitte le service, un peu amélioré, mais ayant encore des douleurs dans les pieds et au niveau des reins.

Quatre mois après, nouvelle recrudescence des douleurs, qui des pieds s'étendent à la jambe et à la cuisse.

Le 24 mai. — Cb., entre à l'hôpital Saint-Antoine. Nous le trouvons dans l'état suivant :

Le malade est petit, de chétive apparence ; il paraît fatigué et amaigri, il attire notre attention sur les douleurs qu'il éprouve au niveau des lombes et de la base de la poitrine et au niveau des membres inférieurs ; elles sont particulièrement vives à la plante du pied et au talon des deux côtés.

Les douleurs, presque continues, ont par intervalles une grande intensité ; il semble au malade qu'un cercle lui serre la poitrine ; il a des picotements, des fourmillements dans les pieds, les jambes et les mollets. Très rarement les douleurs prennent le caractère des douleurs fulgurantes. La sensibilité est exagérée dans ses divers modes, chatouillement, contact, température. La percussion de la colonne vertébrale est douloureuse au niveau de la région dorso-lombaire.

Pas de troubles des sphincters.

Il existe une exagération notable des réflexes patellaires et de la trépidation épileptoïde.

Le moindre frôlement de la peau provoque des contractions des masses musculaires (excitabilité), réflexe remarquable, provoquant des trémulations musculaires.

La station debout et la marche augmentent les douleurs ; le malade marche courbé et doit avoir recours à un soutien. Il traîne légèrement les pieds qui sont un peu gonflés jusqu'aux malléoles.

Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne et des genoux ne sont pas douloureux.

La puissance musculaire des membres inférieurs est affaiblie ; le malade résiste faiblement aux efforts de flexion et d'extension de la jambe sur la cuisse. Enfin léger suintement urétral.

Traitement. — Salicylate de soude.

En juillet 1885, le genou droit se gonfle et devient douloureux, la jambe se met dans la demi-flexion. Puis les poignets se prennent, enfin les épaules et les articulations sterno-claviculaires.

On redresse la jambe droite que l'on met dans un appareil plâtré, et l'on fait sur le genou un badigeonnage phéniqué.

Badigeonnages au laudanum sur les poignets et les épaules.

Deux mois après on retire la gouttière ; le genou et le poignet du côté droit sont encore fort sensibles ; le coude se prend à son tour. On applique des pointes de feu au niveau des articulations malades.

En octobre, recrudescence des divers symptômes. Les douleurs de reins deviennent plus vives, douleurs en cercle à la base de la poitrine, douleurs fulgurantes dans les deux jambes. La percussion de la colonne dorso-lombaire cause de vives douleurs, il en est de même de tout mouvement du rachis.

Pas de zones d'anesthésie, au contraire, hyperesthésie notable des téguments, des membres inférieurs et de la région dorso-lombaire ; hyperesthésie douloureuse.

La pression des masses musculaires de la cuisse et de la jambe est fort sensible.

Les réflexes patellaires sont fort exagérés, du côté droit surtout. L'excitabilité réflexe est encore considérable. La trépidation épileptoïde est très marquée. La puissance musculaire est diminuée.

Si le malade pose pied à terre, le pied droit particulièrement, le membre correspondant est pris de tremblements, et le simple fait de poser la pointe du pied à terre détermine de la trépidation épileptoïde. S'il reste debout pendant quelques minutes, les deux membres inférieurs

se mettent à trembler et il est obligé de s'asseoir. Enfin, quand le membre inférieur du côté droit est dans une fausse position, il est pris de tremblements. Les masses musculaires sont peu résistantes ; les membres inférieurs sont amaigris. Les muscles répondent bien à l'excitation des courants faradiques, le jambier antérieur et les extenseurs des orteils se contractent moins que les autres muscles. Au bout de quelques minutes d'électrisation, le tremblement se manifeste de nouveau.

La contraction idio-musculaire est normale au niveau des muscles pectoraux et des biceps.

Traitement. — Salicylate de soude, 6 grammes, puis 4 grammes.

Après un mois les phénomènes aigus diminuent d'intensité ; on donne au malade des bains sulfureux. Puis, les choses restent en l'état jusqu'en février, le malade ayant de temps à autre des poussées du côté des articulations du genou, du coude et du côté des gaines synoviales des extenseurs du poignet. On lui donne alors de l'iodure de potassium.

Au mois de mars, il est pris de nouvelles douleurs dans l'épaule droite, puis dans le poignet gauche le mois suivant. On fait des badigeonnages iodés sur les jointures malades.

En avril, le malade se plaignait encore de souffrir dans la région dorso-lombaire. Les réflexes rotuliens étaient encore exagérés et le tremblement épileptoïde des membres inférieurs persistait, bien que notablement diminué. Dès qu'il se tient debout quelques instants l'œdème des pieds reparait.

Vers la fin du mois, l'articulation du pouce droit devient douloureuse à son tour, puis les poignets sont atteints, enfin le genou droit, qui est gonflé et plus chaud que le genou gauche. Après une semaine les douleurs sont moins vives, et, quinze jours après cette nouvelle poussée du côté des articulations, le malade peut commencer à se lever.

Vers le milieu d'avril, il souffre encore dans l'épaule droite et au niveau des articulations cervicales.

A la fin de mai, l'amélioration est considérable, les douleurs ont totalement disparu, sauf au niveau des talons.

Les mouvements du membre supérieur, du poignet, du coude, de l'épaule, s'exécutent assez facilement ; il en est de même du membre

inférieur. Les mouvements de chaque articulation sont limités ; il existe de la raideur et l'on sent des craquements dans les diverses jointures qui ont été atteintes. La raideur est surtout marquée au niveau des poignets et des genoux. Le malade s'essaye à marcher avec une canne. Il s'avance les pieds écartés, le corps penché en avant, trainant pour ainsi dire les jambes.

Les réflexes ne sont plus exagérés, la sensibilité est redevenue normale.

Mais le soir, s'il est resté longtemps debout, il se plaint encore des talons.

Il prend des bains sulfureux et par intervalles de l'iodure de potassium.

Au milieu de juin, dernière poussée, un peu intense, au niveau des poignets et de l'articulation tibio-tarsienne, accompagnée de gonflement et douleurs au moindre mouvement. Révulsifs locaux et bains de vapeur.

Enfin, dans le cours de l'année il présente de temps à autre dans diverses jointures qui ont été déjà primitivement atteintes, quelques douleurs passagères, mais sans caractère aigu. On lui fait alterner les bains de vapeur avec les bains sulfureux et on pratique le massage du pied.

La mobilité revient progressivement dans les articulations et la marche est de jour en jour plus facile, l'état général s'améliore aussi.

Le malade demande son exeat.

Il quitte le service au mois de mars. Son état général est excellent, il a repris un peu d'embonpoint. Il ne tousse pas ; il n'y a rien au cœur ni aux poumons.

L'écoulement est complètement tari depuis trois mois. Les membres, et particulièrement les membres inférieurs, sont encore grêles, et les masses musculaires sont peu résistantes, bien que l'atrophie soit moins marquée depuis six mois.

Les muscles ont repris une partie de leur puissance. Le malade résiste assez bien aux efforts de flexion et d'extension.

Le système pileux des membres inférieurs s'est développé pendant le cours de l'affection. Il n'existe aucun trouble de la sensibilité.

Les réflexes sont normaux. Pas de trépidation épileptoïde. On constate quelques raideurs au niveau de l'épaule, du poignet et du coude du même côté. On perçoit des craquements dans l'articulation de l'épaule et des genoux des deux côtés.

Le pouce a repris sa mobilité ordinaire.

La marche est assez facile ; le malade progresse sans soutien les pieds écartés ; mais il ne traîne plus la plante du pied comme auparavant.

La colonne vertébrale n'a pas repris la souplesse normale pour ramasser un objet à terre, il est obligé d'écarter les pieds et de mouvoir le tronc d'une seule pièce.

Néanmoins, le malade se croit à même de reprendre son ancien métier de cocher.

OBS. 45. — *Policlinique du mardi. — Affection spinale consécutive avec arthropathies du rhumatisme blennorrhagique chez un homme âgé de 26 ans (d'après CHARCOT).*

R..., de nationalité hongroise, photographe. Blennorrhagie en 1880 à 18 ans. Au bout de 3 semaines est apparue une douleur avec gonflement dans l'articulation métatarso-phalangienne du deuxième orteil droit. Le malade a été retenu 3 mois au lit pour la douleur articulaire ; la convalescence a duré 3 mois.

En 1883, deuxième blennorrhagie qui dure 3 ou 4 mois.

Quelques jours après le début, envahissement des articulations tibio-tarsiennes des deux côtés et du talon droit au niveau du tendon d'Achille.

Séjour au lit, 4 mois.

En juillet 1884, sans cause connue sans réapparition du flux blennorrhagique, les douleurs articulaires et synoviales apparaissent aux mêmes points que la deuxième fois.

C'est à cette époque qu'il commence à remarquer dans les membres inférieurs un certain degré de trépidation qui se produit à l'occasion de certains mouvements, et un amaigrissement sensible surtout dans les jambes.

A la suite, pendant toute la durée de 1885 il marche tant bien que

mal, souffrant souvent dans les jointures, mais surtout dans la plante des pieds des deux côtés.

Parfois il est forcé, à cause de l'exacerbation des douleurs, de s'aliter pendant 3 ou 4 jours de suite.

En 1886 troisième blennorrhagie. Les douleurs reparaissent et le condamnent au lit pendant 3 mois. Les plantes des pieds surtout sont douloureuses et gênent la marche ainsi que la trépidation. Il est rare que depuis il ait pu marcher sans béquilles. Depuis 1880 il a passé à peu près la moitié de son temps au lit.

En mai 1887, quatrième réapparition de la blennorrhagie, cette fois sans coït et vraisemblablement en conséquence d'excès de boisson. Cette fois les deux articulations du cou-de-pied sont douloureuses et gonflées, les talons douloureux ainsi que certains points de la plante des pieds des deux côtés. La plupart des autres articulations, genoux, hanches, jointures vertébrales, lombaires, et articulation temporo-maxillaire gauche, sont prises à leur tour, successivement ou simultanément, mais cette fois sans gonflement (arthralgies), à l'exception de la dernière, la temporo-maxillaire qui a été tuméfiée. Il paraîtrait qu'au plus fort de cet envahissement qui a eu lieu en juillet, la température centrale se serait élevée, à un moment, jusqu'à 40°.

Après cette période aiguë, les douleurs s'atténuent, elles abandonnent toutes les jointures pour ne plus exister que dans les pieds, et là elles ne se montrent plus spontanément qu'à l'occasion de certains paroxysmes ; d'habitude elles ne se révèlent que par la pression ou lorsque le malade veut mettre les pieds à terre ; mais, sous cette forme et dans ce siège, elles sont absolument permanentes ; depuis quatorze mois elles n'ont jamais cessé d'exister un seul instant. C'est vers la même époque que les symptômes spinaux et en particulier les trépidations tendent à prédominer et à occuper le premier plan.

Etat actuel. — Les douleurs plantaires siègent symétriquement de chaque côté au niveau des bourses séreuses plantaires rétro-calcanéennes. La pression partout ailleurs sur la plante des pieds ne provoque aucune souffrance.

Aujourd'hui les douleurs tibio-tarsiennes sont presque éteintes.

Il n'en est pas de même du côté des jointures métatarso-phalangien-

nes des gros orteils de chaque côté, qu'on ne peut mouvoir un peu vivement ou presser sans provoquer de la douleur.

Quant aux symptômes qui dénotent une participation de la moelle, voici en quoi ils consistent. En premier lieu il existe une atrophie musculaire très prononcée des membres inférieurs, surtout aux mollets. Les phénomènes de l'atrophie simple se trouvent combinés sur certains points à ceux de l'atrophie dégénératrice (réaction de dégénération et secousses fibrillaires). On peut en outre remarquer en passant, les teints rouges violacés qui se marient sur les jambes et les pieds, ainsi qu'un certain degré d'algidité, phénomène qui rappelle ce qui s'observe dans la paralysie spinale infantile. Mais ce qui est frappant surtout, c'est l'exagération des réflexes rotuliens, et la trépidation très marquée produite par le redressement de la pointe du pied. Cette trépidation s'accuse au plus haut degré aussitôt que le malade pose le pied à terre, de telle sorte en raison composée de la douleur plantaire et de la trépidation spasmodique.

D'ailleurs pas de douleurs en ceinture, autrefois il a existé de la douleur dans le dos, mais cette douleur dorsale, qui n'a pas laissé de traces actuelles, était certainement la conséquence d'arthrites ou d'arthralgies vertébrales.

Pas de troubles de la vessie ou du rectum. Pas de troubles de la sensibilité anesthésique ou hyperesthésique autres que ceux qui relèvent directement des lésions articulaires ou de celles des bourses séreuses.

Il y a environ 14 mois que l'affection spinale se trouve constituée et que la station debout et la marche même à l'aide de béquilles sont impraticables.

§ 3. — Névrites périphériques.

Obs. 46 (Personnelle).

D... Victor, garçon de café, âgé de 20 ans, est amené à l'hôpital Hérold, salle D, lit 17, service de M. le Dr Gilles de la Tourette, le 16 novembre 1897 dans un état très grave, en proie à des douleurs atroces dans les membres inférieurs et se trouvant dans l'impossibilité de marcher.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'épithélioma du sein, père éthylique, deux sœurs hystériques.

Antécédents personnels. — N'a jamais fait de maladie avant le mois de mars 1897, quand il contracta pour la première fois une blennorrhagie peu intense, que le malade ne soigne pas à cause de l'abondance peu marquée de l'écoulement.

En avril 1897, il commence à souffrir dans son pied gauche ; la douleur était assez vive car le malade poussait des cris dès qu'il essayait de mettre le pied par terre ; au bout d'une quinzaine de jours les douleurs qui ne font qu'augmenter d'intensité gagnent la totalité des membres inférieurs et au commencement du mois de mai le membre inférieur du côté droit se prend à son tour. C'est déjà à ce moment que le malade s'est aperçu que ses jambes avaient beaucoup maigri. Il se décide à entrer à l'hôpital Saint-Louis vers la fin du mois de mai. Quelques jours après son entrée à l'hôpital se déclare une hydarthrose double des genoux. Pendant son séjour à Saint-Louis il souffre de douleurs violentes dans les membres inférieurs, douleurs qu'il compare à des broiements ; ces douleurs étaient continues et devenaient atroces dès qu'il essayait de marcher : « on aurait dit qu'on me coulait du plomb fondu sur mes jambes. » On lui conseille le repos et on lui fait appliquer un vésicatoire à la région fessière. Voyant que son état ne s'améliorait pas il quitte l'hôpital le 16 septembre 1897 ; il reste chez lui à se reposer jusqu'au mois de novembre. Un

médecin qu'il avait consulté lui donne des capsules de santal et lui fait frictionner ses jambes avec l'essence de Wintergreen. Pendant le temps qu'il reste chez lui l'écoulement diminue mais les douleurs persistent avec la même intensité, les jambes continuent à maigrir et la marche devient très difficile ; il se décide à entrer à l'hôpital Hérold le 16 novembre 1897.

Etat actuel. — Malade pâle et amaigri se plaint de ressentir des douleurs violentes dans ses membres inférieurs, douleurs qui le prive complètement de sommeil. La marche est presque impossible c'est à peine s'il arrive à faire quelques pas en s'appuyant sur une canne, le malade steppe en marchant. En examinant le malade couché on est frappé par l'atrophie des membres inférieurs. Du côté des jambes l'atrophie occupe surtout les muscles de la région antéro-externe, le pied est en varus équin. Les muscles atrophiés sont flasques et douloureux à la pression, la pression des troncs nerveux réveille également de vives souffrances.

Les pieds sont froids, violacés et œdématiés ; la région calcanéenne et rétro-calcanéenne et l'extrémité antérieure des métatarsiens sont très douloureux à la pression ; la voûte plantaire est légèrement affaissée.

Les réflexes rotuliens sont forts des deux côtés ; il n'y a pas de trépidation épileptoïde, pas de douleur à la percussion des apophyses épineuses des vertèbres dorso lombaires, comme troubles de la sensibilité on trouve une hyperesthésie très marquée au moindre contact ; la sensibilité tactile et thermique sont normales.

Il n'y a pas de troubles sphinctériens, l'état cérébral est bon.

Rien du côté des autres organes. — Les deux genoux sont le siège de craquements articulaires.

Examen électrique. — Diminution de la contractilité faradique et galvanique des muscles et des nerfs, inversion de la formule ; il y a réaction de dégénérescence.

Traitement. — Repos absolu ; deux séances d'électricité galvanique de trois quart d'heure par jour ; on isole les membres par un cerceau. Comme il persiste encore une légère goutte matinale dans laquelle l'examen bactériologique fait constater du gonocoque on fait des lavages

uréthraux avec une solution de permanganate de potasse à 1/2000.

Pendant les trois premières semaines aucune amélioration notable ; mais au bout de ce temps les douleurs commencent à diminuer et les muscles recouvrent leur force. Le malade continue son traitement jusqu'au 15 mars 1898. A ce moment les douleurs ont complètement disparu, la marche se fait sans aucune difficulté ; le malade quitte l'hôpital le 20 mars, il est complètement guéri, son état général est très satisfaisant, il a augmenté de cinq kilogrammes.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous paraît intéressante par l'état grave dans lequel se trouvait le malade au moment de son entrée à l'hôpital, par l'apparition de l'hydarthrose après la névrite, et par l'influence heureuse du traitement.

Le seul diagnostic à porter nous paraît celui de névrite périphérique ; l'atrophie musculaire, l'intensité des phénomènes douloureux, l'hyperesthésie cutanée, la douleur à la pression des masses musculaires et des nerfs, la réaction de dégénérescence et l'absence des troubles sphinctériens plaident tout à fait en faveur de ce diagnostic. L'évolution des accidents est encore venue confirmer.

Obs. 47 (Personnelle).

Le nommé M., garçon d'hôtel âgé de 29 ans, entre à l'hôpital St-Antoine, salle Axenfeld, dans le service de M. le docteur Siredey, le 14 décembre 1897 pour des douleurs qu'il ressent dans les pieds et dans la continuité des membres inférieurs, douleurs qui rendent la station debout impossible.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'accident à l'âge de 58 ans, mère bien portante mais très nerveuse s'emporte et pleure facilement.

Antécédents personnels. — Le malade a toujours été bien portant ; il n'est pas buveur, on ne trouve chez lui aucun stigmate d'éthylisme.

Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, il contracte pour la première fois un écoulement, qui le fait beaucoup souffrir et pour lequel il se soigne avec de l'opiat qu'un pharmacien lui avait donné.

Deux semaines après le début de la blennorrhagie, il commence à ressentir des douleurs à la plante des pieds et au niveau de l'articulation tibio-tarsienne du côté droit. Les douleurs sourdes d'abord deviennent de plus en plus vives, elles sont continues et présentent des exacerbations lorsque le malade essaye de marcher pendant quelque temps. C'est dans cet état qu'il entre à l'hôpital.

M. le Docteur Siredey après l'avoir examiné lui conseille le repos et des bains sulfureux.

Malgré cela il ne s'améliore pas, les douleurs persistent et les jambes ont beaucoup maigri depuis son séjour à l'hôpital. Cet état continue jusqu'au 25 décembre 1897 quand notre maître M. le Docteur Gilles de la Tourette reprend le service, il nous autorise à examiner et à suivre le malade et institue de suite le traitement que nous avons déjà signalé.

Etat actuel (13 janvier 1898). — Le malade pâle et amaigri se plaint de souffrir dans la continuité des membres inférieurs. Ces douleurs que le malade compare à des brûlures, sont continues, mais elles deviennent intolérables dès qu'il cherche à se lever, ce qui fait que la marche est presque impossible. En examinant ses membres inférieurs, la première chose qui frappe c'est l'atrophie musculaire ; cette atrophie occupe tous les muscles de la jambe, la cuisse paraît indemne.

La pression de la région calcanéenne et rétro-calcanéenne ainsi que celle de l'extrémité antérieure des métatarsiens, réveille de vives souffrances.

Les réflexes sont forts des deux côtés.

Les masses musculaires et les nerfs sont très douloureux à la pression.

L'articulation tibio-tarsienne droite est gonflée et douloureuse.

Les membres supérieurs sont intacts ; il n'y a pas de troubles sphinctériens, ni des organes des sens ; pas de troubles psychiques.

L'écoulement a presque disparu, et il ne persiste plus qu'une légère

goutte matinale, dans laquelle on retrouve des gonocoques en abondance.

L'examen électrique montre une diminution de la contractilité faradique des muscles et des nerfs du côté des membres inférieurs.

Sous l'influence du traitement les douleurs ont diminué progressivement, les muscles ont repris leur force et le 4 mars 1898 le malade demande à quitter l'hôpital.

En l'examinant avant sa sortie de l'hôpital nous constatons une absence complète des phénomènes douloureux, les muscles sont fermes, la marche se fait sans aucune difficulté.

RÉFLEXIONS. — Dans cette observation, nous nous trouvons en face d'un malade qui, au cours d'une blennorrhagie compliquée d'arthrite tibio-tarsienne droite, est pris de douleurs vives dans les membres inférieurs, d'atrophie musculaire et de difficulté de la marche ; à quoi avons-nous affaire, autrement dit quel est le diagnostic que nous devons porter.

L'atrophie musculaire réflexe devait être éliminée à cause des phénomènes douloureux subjectifs éprouvés par le malade, des douleurs des masses musculaires et des nerfs à la pression et des modifications électriques, autant de signes qui n'existent pas dans de pareils cas.

Le diagnostic de méningo-myélite pouvait être également écarté à cause de l'absence de troubles sphinctériens, de l'eschare, de la fièvre et surtout à cause de l'intensité et du caractère des phénomènes douloureux.

Il ne restait par conséquent qu'un seul diagnostic à porter, c'est celui de névrite périphérique blennorrhagique.

Obs. 48 (Personnelle).

Le nommé H...., garçon de café, âgé de 25 ans, entre à l'hôpital

Héroid, salle D, lit 11, le 17 janvier 1898, pour des douleurs dans les membres inférieurs et pour la difficulté de la marche.

Antécédents héréditaires. — Père rhumatisant, mère bien portante.

Antécédents personnels. — A part une varicelle en 1889 le malade a toujours eu une très bonne santé ; il n'est pas éthylique.

En septembre 1895 il contracte une blennorrhagie qui se complique au bout d'un mois de polyarthrite blennorrhagique pour laquelle le malade est forcé de rester huit mois à l'hôpital Ricord. Il sort presque guéri en ne conservant que quelques douleurs vagues dans les articulations.

En mai 1897, il attrape une seconde blennorrhagie pour laquelle il entre à l'Hôtel-Dieu annexe le 13 mai 1897 ; quelques jours après son entrée à l'hôpital il est pris de nouveau de rhumatisme blennorrhagique, les articulations tibio-tarsienne, sterno-claviculaire et l'articulation du genou droit étaient prises à ce moment.

Il reste cinq mois à l'hôpital et sort vers la fin du mois d'octobre, guéri de son rhumatisme blennorrhagique.

Depuis deux mois il souffre de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, qui ont commencé à maigrir depuis la même époque. C'est à cause de ces deux phénomènes qu'il entre à l'hôpital.

Etat actuel. — Malade pâle, amaigri, se trouve dans l'impossibilité de marcher, la plante des pieds étant très douloureuse dès qu'il essaie de faire le moindre mouvement.

Les membres inférieurs sont très atrophiés, l'atrophie porte sur tous les muscles de la cuisse et des jambes.

Les muscles ne sont pas douloureux à la pression. Les pieds sont froids, couverts de sueur, la pression des régions sous et rétro-calcanéennes étant très douloureuse. — L'hyperesthésie cutanée est très marquée.

Les réflexes rotuliens abolis.

Pas de troubles sphinctériens et psychiques.

Le malade est soumis au traitement que nous employons dans les cas de névrite, mais il quitte l'hôpital au bout de huit jours et nous ne savons pas ce qu'il est devenu.

RÉFLEXIONS. — Ce cas se distingue des deux autres que nous venons de signaler, par l'apparition tardive de l'atrophie et des phénomènes douloureux.

Ici encore l'intensité des phénomènes douloureux, l'abolition des réflexes, l'absence des troubles sphinctériens, nous font porter le diagnostic de névrite périphérique.

OBS. 49. — *Poly névrite généralisée blennorrhagique*
(Thèse de E. LÉVY, Paris, 1897).

Le nommé Joseph... âgé de 48 ans, domestique, entre le 20 octobre à l'hôpital Laënnec, salle Cruveilhier.

Antécédents héréditaires. — Père mort du choléra sans avoir jamais été malade.

Mère inconnue du malade.

Un frère alcoolique s'est suicidé.

Un autre frère bien portant.

Pas de rhumatisants dans la famille, ni de nerveux.

Antécédents personnels. — A l'âge de 16 ans, le malade a eu une courbature qui l'a obligé à suspendre son travail pendant six semaines.

A 24 ans, soigné à Saint-Louis pour un eczéma de la face.

A 26 ans, soigné à Tenon par M. Duguet pour une pleurésie gauche.

Pas de syphilis, de crises nerveuses.

Le malade est très sobre. On ne retrouve pas chez lui de causes d'intoxication ; l'eau de boisson (saturnisme par les eaux de boisson) ne peut être incriminée chez lui comme cause des accidents qui l'amènent à l'hôpital.

H. M. — En 1879, 1^{re} blennorrhagie qui dure environ deux mois. Rien de spécial à noter.

Le 10 octobre. — Le malade commença à se soigner pour une blennorrhagie qu'il avait depuis trois jours : douze capsules de santal, pas d'injections.

Le 16. — Le malade ressent une douleur assez forte sous les talons, mais il continue son travail.

Le 17. — Il sert un grand diner et éprouve une grande difficulté à marcher.

Le 18. — Il est obligé de s'aliter ; il n'existe pas de fièvre, ni de phénomènes généraux. Il n'y a que la douleur dans les deux pieds.

C'est pour ces phénomènes douloureux qu'il entre à l'hôpital le 20. La température est de 39° ; il est dans un état cachectique très manifeste ; couvert d'une éruption purpurique manifeste surtout au niveau des jambes.

Dix jours après, douleurs dans les deux genoux, principalement au niveau de la bourse séreuse pré-rotulienne et des bourses sur lesquelles glissent les tendons de la patte d'oie ; un mois après il souffre de son poignet droit et des deux hanches.

Au mois de janvier les épaules se prennent ; la douleur empêche le malade de mettre son bras derrière sa tête.

Il présente également un peu d'arthralgie vertébrale cervicale. Jamais il n'a eu de phénomène anormal du côté de ses sphincters.

Dix jours après son entrée à l'hôpital, le malade a constaté que les masses musculaires de ses membres diminuaient de volume.

En un mois et demi l'émaciation était presque totale. On lui a donné du salicylate de soude à l'intérieur, ses jointures recouvertes d'ouate étaient enduites d'un liniment salicylé.

Etat actuel (15 février). — On note un amaigrissement extrême. Tous les mouvements de la tête sur la colonne vertébrale (rotation, flexion, extension), sont douloureux. Les membres sont atrophiés en masse, autant à leur racine qu'à leur extrémité. On observe des secousses fibrillaires dans les muscles de la cuisse.

La circonférence du milieu du bras est de 22 centimètres.

Celle de l'avant bras = 20-5.

A 2 centimètres au-dessus du poignet = 15-5.

Les menstruations sont identiques des deux côtés. Les interosseux et les muscles de l'éminence thénar sont très amaigris. La force musculaire mesurée au dyanmomètre donne 30 à droite, 50 à gauche.

Les pectoraux sont de volume et de consistance moindres.

Le malade n'a pas d'écorchure à la fesse ; mais depuis son entrée à l'hôpital, il est assis sur un rond en caoutchouc.

Aux membres inférieurs, l'atrophie est générale et beaucoup plus nette.

Le périmètre de la cuisse à 15 centimètres au-dessus de la base de la rotule est de 28 centimètres.

A 10 centimètres au-dessous de la pointe on trouve 24 centimètres.

Au-dessus du cou-de-pied 17 cent. 5.

La force musculaire est très diminuée.

Les genoux sont douloureux à la pression des culs-de-sac synoviaux.

La douleur est également très vive au cou-de-pied, mais les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont encore possibles.

On constate que la voûte plantaire est affaissée, surtout à droite.

La palpation des talons des deux côtés, ainsi que celle de la partie de la plante du pied qui correspond à la tête des deux premiers métatarsiens, arraché des cris à notre malade.

Pas de troubles de la sensibilité.

La douleur des genoux empêche de rechercher l'état des réflexes rotuliens.

Le réflexe plantaire est intact.

La station debout est impossible.

L'examen du cœur, des poumons ne dénote rien de spécial.

Rien du côté du tube digestif ; les urines en quantité normale ne renferment ni sucre, ni albumine.

Avril-mai. — Le malade commence à marcher en s'appuyant sur des cannes. On remarque qu'il ne pose jamais le talon sur le sol pour éviter la douleur, nous dit-il.

La marche pieds nus est encore plus pénible ; et l'on constate que non seulement le malade tient son talon élevé, mais encore le bord interne du pied.

Au membre supérieur, les mouvements sont revenus ; cependant on remarque du côté droit une rétraction de l'aponévrose palmaire.

Examen électrique dû à l'obligeance de Mlle FENKIND, docteur en médecine, à qui nous adressons tous nos remerciements.

Courants faradiques. — Diminution de la contractilité faradique des muscles, et des nerfs des membres inférieurs, plus prononcée à gauche qu'à droite, et intéressant surtout les muscles de la région antéro-externe, les péroniers des deux côtés et le pédieux à gauche en particulier : il faut employer des courants très intenses pour obtenir une légère contraction des muscles.

Courant galvaniques. — Diminution de la contractilité galvanique des nerfs et muscles des membres inférieurs. Le membre gauche est plus atteint que le membre droit. De plus dans la région antéro-externe les muscles se contractent moins que ceux de la région postérieure ; on trouve des contractions lentes, vermiculaires avec inversion de la formule : il y a donc réaction de dégénérescence.

Peu de choses du côté des membres supérieurs.

C'est le seul exemple de polynévrite généralisée que nous ayons pu trouver. Encore ferons nous remarquer la prédominance des accidents aux membres inférieurs. Les deux observations suivantes ont été prises succinctement par nous dans le service de M. le professeur Landouzy qui a bien voulu nous autoriser à les reproduire.

Obs 50. — *Névrite blennorrhagique.*

Thèse de LÉVY, 1897.

Le nommé Emile... âgé de 26 ans, employé de chemin de fer, est entré à l'hôpital Laënnec, salle Grisolle, lit n° 8, dans le service de M. le professeur Landouzy.

Antécédent héréditaires. — Père nerveux, irritable. Mère bien portante.

Un frère mort d'une affection chirurgicale du foie.

Une sœur bien portante.

Pas de rhumatisants dans la famille.

Antécédents personnels. — Rougeole.

Ethylisme léger, se manifestant surtout par des pituites.

Le malade est toute la journée debout (14 à 15 heures).

H. M. — Blennorrhagie en juin 1895. L'écoulement disparaît en 15 jours traité par un pharmacien.

Douleurs dans la nuit du 14 au 15 juillet 1895.

Les douleurs débutent dans la cuisse gauche, prennent le talon, puis la jambe : elles apparaissent spontanément ; la pression les réveille.

On lui fait des frictions térébenthinées ; les douleurs persistent, moins vives cependant et à la fin du mois d'août le malade reprend son travail en boitant un peu.

En décembre 1895 les douleurs reprennent plus vives, il est obligé de cesser son travail, on lui met des pointes de feu ; on lui fait des frictions laudanisées. Il est soulagé.

Le 18 décembre, le malade qui s'était couché assez bien portant constate le lendemain matin en se levant l'impossibilité de poser les talons par terre.

Il entre à Laënnec et y reste jusqu'au 28 mars. Dans toute cette période, le malade éprouvait, dès qu'il se levait, la sensation d'étincelles partant du talon pour s'irradier dans la jambe. En même temps, apparaissaient des sueurs localisées au niveau des talons. Quelques jours après son entrée à l'hôpital, les doigts se déforment et une légère douleur se fait sentir au niveau de l'épaule.

Le membre inférieur gauche était très amaigri, surtout au niveau de la cuisse. Jamais rien du côté des sphincters.

A l'examen :

Membres inférieurs. — Pas d'amaigrissement marqué.

Les deux pieds sont plats, surtout le gauche.

La sensibilité superficielle est normale ; la palpation profonde des muscles et des nerfs est douloureuse.

Douleurs au niveau du talon, de la bourse séreuse, externe de la plante du pied. Les réflexes sont exagérés surtout à gauche. De ce côté, on constate également de la trépidation épileptoïde.

La force musculaire est intacte. La marche est très difficile.

Du côté des membres supérieurs on remarque que l'index et l'auriculaire droits sont en radis.

Le cœur et le poumon ne présentent rien d'anormal.

Du côté des organes des sens (yeux, goût, odorat), on ne remarque rien.

Les urines contiennent des filaments.

Traitement. — Electricité (courants continus), strychnine. Bains sulfureux.

Résumé de l'*examen électrique* pratiqué par Mlle FENKIND le 3 juin 1897.

1^o *Courants faradiques* : appareil à chariot de Dubois-Reymond modifié par Gaiffe ; méthode polaire.

Diminution de la contractilité faradique des muscles et des nerfs de la région antéro-externe de la cuisse et de la jambe, beaucoup plus accentuée à gauche qu'à droite, et affectant surtout le triceps crural, l'extenseur des orteils et les péroniers latéraux gauches.

2^o *Courants continus* : appareil de 24 éléments au bioxyde de manganèse et chlorure de zinc ; galvanomètre apériodique.

Diminution de la contractilité galvanique des nerfs et des muscles des membres inférieurs, diminution plus prononcée à gauche qu'à droite et plus aux jambes qu'aux cuisses. De plus certains muscles se contractent irrégulièrement ; au lieu de la contraction courte et brève, on obtient une contraction lente, vermiculaire, se produisant à l'ouverture du courant et au pôle positif. Il y a donc certains muscles atteints de réaction de dégénérescence partielle ou totale même.

Un des points les plus curieux chez ce malade consiste en des améliorations et des aggravations successives.

OBS. 51. — *Névrite blennorrhagique* (Thèse de LÉVY, 1897).

Le nommé S... Lucien, âgé de 35 ans, comptable, entre le 2 mars, à l'hôpital Laënnec, salle Grisolle, service de M. le Professeur Landouzy.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de 60 ans. Eczémateux. Mère hystérique.

Un frère bien portant.

Antécédents personnels. — Arthrite du genou droit probablement tuberculeuse opérée à l'âge de 14 ans. Dans l'intervalle qui sépare cette opération des accidents actuels, le malade n'a rien eu d'anormal ; la marche était bonne ; cependant la jambe et la cuisse droite se sont atrophiées. Ni éthylisme, ni syphilis.

Le malade est très émotif ; il n'a pas eu de crises de nerfs, mais la moindre contrariété provoque la sensation de boule.

Il contracte la blennorrhagie à l'âge de 22 ans. L'écoulement disparaît au bout de deux mois.

Cependant il persiste une goutte le matin.

Depuis ce temps, le malade a eu des blennorrhagies très fréquentes ; c'était presque un état permanent.

H. M. — La dernière chaudepisse date de janvier 1896.

Huit jours après, le malade ressent des douleurs dans toutes les articulations, principalement au niveau de la bourse séreuse olécraniennne et de l'épaule ; en ce point, nous dit le malade, la pression du doigt en certains endroits qu'il nous montre et qui correspondent aux bourses séreuses périarticulaires, était très péniblement supportée.

Au bout de quatre mois, les douleurs du bras diminuent, mais les deux talons se prennent et empêchent la station debout, d'autant plus que le bord interne du pied était également douloureux.

Ajoutons qu'en dehors de ses heures de travail, le malade restait debout très longtemps.

Le 11 février 1896, il entre à Lariboisière (frictions laudanisées, santal).

Pendant son séjour à l'hôpital, légère poussée du côté de l'articulation sterno-claviculaire du côté gauche.

Il sort en mars, part en province. Les douleurs sont plus marquées au niveau des pieds.

Il reste trois mois au lit, souffrant sur le trajet de son nerf sciatique poplitée externe ; de temps en temps, nous dit-il, je ressentais des douleurs électriques dans les deux jambes.

La pression est très douloureuse, en des points correspondant aux bourses séreuses du calcanéum et au scaphoïde.

La jambe droite, déjà atrophiée, maigrit encore.

La masse du mollet gauche devient plus flasque.

Au bout de trois mois, le malade marche un peu dans sa chambre avec des cannes, mais les talons sont toujours très douloureux, principalement le gauche, ce qui s'explique par ce fait que le malade, ayant la jambe droite plus faible, s'appuie surtout sur son côté gauche.

Jamais rien du côté des sphincters à l'examen : le membre inférieur droit est très amaigri ; le gauche l'est moins ; les mensurations donnent de ce côté 26 centimètres au niveau du mollet, 30 centimètres à la partie moyenne de la cuisse : 40 centimètre, à sa racine.

La palpation réveille la douleur au niveau des talons, de la face interne des deux pieds.

La sensibilité, sous tous ses modes, est exagérée au niveau des membres inférieurs.

On note des troubles trophiques, consistant en sueurs localisées à la partie antérieure des jambes et aux talons.

Les réflexes rotuliens sont exagérés. La force musculaire est conservée à gauche ; les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne (relevé, abaisser le pied), sont douloureux à cause du talon. A droite, l'ankylose du genou est presque totale.

Rien du côté des membres supérieurs. L'odorat, le goût fonctionnent normalement ; on ne note rien de spécial du côté des yeux, sauf à gauche, où il existe une ancienne kératite ayant déterminé des adhérences ; pas de rétrécissement du champ visuel.

La marche est très pénible, le malade marche en varus équin, surtout à gauche, où le talon reste toujours à 10 centimètres environ du sol.

Il est difficile, dans ce cas, d'affirmer qu'on a affaire à une polynévrite blennorrhagique : l'état antérieur du genou droit paraît cependant n'avoir pas eu d'action sauf comme cause prédisposante pour le membre inférieur droit ; mais, du côté gauche, les phénomènes ont été à peu près analogues à ceux de notre malade de l'observation I ; néanmoins l'absence de D. R. nous oblige à de grandes réserves.

Note sur l'*examen électrique* effectué par Mlle FENKIND.

Courants faradiques : Appareil de Dubois Reymond, modifié par Gaiffe : méthode polaire. Les muscles du membre inférieur se contractent un peu moins bien que normalement. Il y a très légère diminution de la contractilité faradique ; à droite la diminution est plus accentuée, quoique moins que ne le ferait penser l'atrophie marquée de tout le membre. Il n'en est pas de même des *courants galvaniques* ; là c'est le membre gauche qui se contracte moins bien : il y a diminution de la contractilité, sans réaction de dégénérescence.

Résumé : Légère diminution de la contractilité électrique quantitative seulement.

OBS. 52 (Résumée). — *Pseudo-tabes blennorrhagique accompagné d'une névrite optique* (M. Cnos, Thèse de Montpellier, 1893).

P. G... couché au n° 23 de la salle Fouquet, est un travailleur de terre âgé de 41 ans. Mère nerveuse. N'a pas fait de maladie antérieure quoique légèrement artério-scléreux, il n'est pas alcoolique.

Blennorrhagie il y a 3 ans (accompagnée d'orchite); passée à l'état chronique elle persistait sans autres complications lorsqu'il y a deux ans, le malade fut pris de douleurs dans les deux genoux. Peu après, il sentit des fourmillements à la plante des pieds notamment du côté droit. Il s'aperçut en même temps qu'il ne sentait pas le sol en marchant et qu'il avait de la faiblesse dans les jambes, il titubait et fut bientôt obligé d'avoir recours à une canne.

Des troubles visuels apparurent à peu près à la même époque. G. avait comme un brouillard devant les yeux. Ces troubles s'aggravèrent peu à peu et le malade fut obligé, il y a deux mois, d'abandonner définitivement son travail à cause de ces troubles oculaires et de la faiblesse des jambes.

Etat actuel : Parésies des membres inférieurs. Faiblesse des jambes qui ont diminué de volume; le malade steppe en marchant.

Le signe de Romberg ne peut être étudié que difficilement car le malade se tient à peine sur ses jambes.

Il existe un peu de parésie vésicale. Pupille plus dilatée qu'à l'état normal, insensible à la lumière et à l'accommodation. Du côté de la sensibilité nous trouvons de l'anesthésie complète à la plante des pieds; la sensibilité très affaiblie aux extrémités des membres inférieurs, est mieux conservée vers les racines des membres. Ces troubles sont plus marqués à droite qu'à gauche. La sensibilité au froid et à la chaleur n'est pas abolie, mais paraît diminuée.

Le malade se plaint de fourmillements aux jambes et au tronc; il éprouve quelquefois des douleurs lancinantes.

Depuis quelques jours céphalée et vertiges.

Il ne voit pas de l'œil droit et la vue est très faible du côté gauche.

Réflexes rotuliens disparu. Les fonctions génitales paraissent abolies; les sphincters sont intacts.

L'examen électrique montre que la conductibilité est normale et les réactions aussi.

L'examen ophtalmoscopique fait conclure à une atrophie complète du nerf optique droit et à un commencement d'atrophie du nerf optique gauche.

Le 8 mars, au moment où l'on allait faire le traitement par l'électricité, le malade demande la sortie et quitte le service dans le même état que lorsqu'il était entré.

Cros après avoir discuté le diagnostic de tabes conclut, malgré la ressemblance de ce cas avec la polynévrite alcoolique, à un pseudo-tabes d'origine blennorrhagique.

OBS. 53. — *Sciatique double symptomatique d'une affection de la moelle au cours de la blennorrhagie* (Présentée à la Société médicale des hôpitaux par M. PETER, 1866).

Le 3 septembre dernier, le nommé B... est admis dans le service que je dirige à l'hôpital Saint-Louis. Cet homme a dû cesser son travail par suite de la faiblesse et des douleurs qu'il éprouve dans les membres inférieurs, et c'est exclusivement pour se faire soigner de ses douleurs qu'il entre à l'hôpital.

L'état du malade est le suivant : la douleur dans chaque membre suit le trajet du nerf sciatique avec les points d'élection de cette névralgie. La douleur est notablement plus intense dans le membre gauche.

La pression et la percussion des apophyses épineuses sacrées et lombaires sont douloureuses.

La sensibilité cutanée est amoindrie aux jambes, surtout dans leur moitié inférieure ; elle l'est plus encore aux pieds, sensation plus manifeste à gauche. La faiblesse est assez grande pour que le malade ne puisse rester longtemps debout, et la marche a lieu avec claudication, surtout de la jambe gauche qui parfois fléchit en marchant. Enfin il y

a une sensation de constriction douloureuse en ceinture. Pas de troubles dans la miction ni dans la défécation ; pas de fièvre, bon appétit.

Il y avait évidemment une névralgie sciatique et cette névralgie sciatique était bilatérale. Or la névralgie sciatique double est ordinairement symptomatique. Je cherchai donc de quoi elle pouvait l'être. Il n'y avait certainement pas de tumeur pelvienne comprenant les deux nerfs sciatiques ; l'amoindrissement de la sensibilité dans le segment inférieur des deux membres, la faiblesse musculaire, la constriction douloureuse en ceinture et la douleur que provoquait la pression des apophyses épineuses, tout cela me fit conclure à une affection de la moelle ; je dis affection de la moelle sans préciser davantage.

Cet homme est menuisier ; il travaillait dans un hangar ouvert à tous les vents, et c'est vraisemblablement par le fait d'un refroidissement qu'il a été atteint de sa parésie. Mais il travaille depuis longtemps dans les mêmes conditions sans en avoir éprouvé de dommage. Quelle pouvait être la cause première assez persistante pour prédisposer cet homme de 28 ans à contracter une affection rare à son âge ?

C'est alors que je constatai que le malade avait une blennorrhagie dont il ne me parlait pas.

Il en était à sa troisième récurrence.

La blennorrhagie actuelle datait de trois mois, et l'écoulement, assez abondant, était encore épais et muco-purulent. C'est 10 jours avant l'admission du malade à l'hôpital qu'il éprouva des douleurs de constriction en ceinture ; la faiblesse dans les membres inférieurs augmenta assez rapidement et le malade fut obligé de cesser tout travail.

Ainsi c'est dans le cours d'une blennorrhagie, datant de deux mois et demi déjà, que la parésie avait débuté : la blennorrhagie avait-elle été, dans ce cas, la cause première d'une affection dont le refroidissement aurait été la cause seconde ?

Je me trouve donc en présence d'une double affection vraisemblablement médullaire et une autre incontestablement blennorrhagique.

La médication était tout indiquée : application de six ventouses scarifiées à la région lombaire, emploi d'opiat au copahu et au cubèbe.

Le lendemain, les douleurs étaient moindres, mais la faiblesse était la même. Je fis donner des douches de vapeur.

Du 14 au 15 septembre, je revins trois fois aux ventouses scarifiées.

Le 17 (13^e jour du traitement), il y avait une amélioration notable dans les douleurs, qui avaient presque totalement disparu ; mais la sensation d'engourdissement et la faiblesse persistaient presque au même degré. L'écoulement avait beaucoup diminué.

Le 18, apparut un symptôme qui venait confirmer le diagnostic : le malade se plaignait de vives douleurs au niveau de l'articulation temporo-maxillaire, douleurs qui l'empêchaient de desserrer les dents et gênaient même l'émission de la parole. La pression à ce niveau était extrêmement douloureuse, je fis appliquer sur l'articulation un cataplasme chaud arrosé de laudanum, recouvert de ouate et de taffetas gommé. Le lendemain, la douleur était la même dans l'articulation temporo-maxillaire.

Le jour suivant, la douleur temporo-maxillaire a cessé, il en est ainsi de celle des jambes ; mais l'engourdissement de la plante des pieds persiste encore, bien qu'amoindri.

Le 26, douleur avec légère tuméfaction du genou droit, même traitement que pour l'arthrite temporo-maxillaire,

Le lendemain, la douleur du genou a disparu.

Le 28, le malade ayant essayé de rester debout et de marcher pendant trois heures environ, il en résulte une fatigue excessive avec fièvre et douleur dans les jambes.

Je remplace les bains de vapeur qui étaient pris quotidiennement par des bains sulfureux.

Le 29, l'engourdissement de la plante des pieds tend à disparaître.

Le 5 octobre, le malade a pu marcher toute la journée sans fatigue.

Le 6, cet individu part pour Vincennes, ne souffrant plus de ses membres inférieurs qui ont recouvert leur force normale, n'éprouvant qu'un très léger engourdissement de la plante du pied gauche, et n'ayant plus de douleurs à la pression des apophyses épineuses, lombaires et sacrées.

On pouvait le considérer comme guéri de sa parésie. Il était permis d'en faire autant quant à sa blennorrhagie, car il ne s'écoulait plus qu'un suintement insignifiant par la pression du méat.

OBS. 54 (EVERARD HOME, *London*, 1803).

Un gentleman, qui avait eu plusieurs gonorrhées, fut atteint d'une nouvelle gonorrhée en 1797, et la fit disparaître par des injections. Il prit ensuite une sciaticque laquelle se compliqua des spasmes les plus cruels qu'on put imaginer, spasmes siégeant dans le membre inférieur correspondant et en plus de violentes douleurs dans les reins et dans les genoux. Ces symptômes coïncidaient avec un écoulement urétral chronique.

Le malade se guérit par l'emploi du calomel et des poudres antimoineales, par l'introduction de bougies passées dans le canal de temps à autre et par un séjour dans un climat chaud.

En 1799, il eut le malheur de contracter une autre gonorrhée et se traita de nouveau par son injection habituelle, laquelle produisit de rechef une sciaticque.

Cette sciaticque fut excessivement violente ; elle dépassa ses anciennes limites, et les spasmes s'étendirent jusqu'aux intercostaux. Le malade dut garder le lit près de 4 mois, et sa vie même fut compromise ; pendant tout ce laps de temps, il ne put se servir de ses membres devenus aussi faibles que ceux d'un enfant au berceau, et souffrit d'une douleur permanente dans les extrémités inférieures.

Affecté de désordres nerveux multiples, il ne peut reprendre avant une année ses occupations habituelles, et à cette époque même sa santé n'était pas encore complètement rétablie. Consulté par lui dans le cours de cette maladie, je fus frappé de la bizarrerie de tant de symptômes, et, dans la pensée qu'ils pouvaient tenir à un rétrécissement de l'urètre, je lui demandai s'il urinait à plein canal. Sa réponse n'ayant pas confirmé mes soupçons, je lui prescrivis l'usage des bains de mer tièdes, traitement qui lui procura un soulagement notable. Mais préoccupé de la question que je lui avais adressée, il consulta aux bains de mer le Dr Baird, mon ami, en lui rapportant l'opinion que j'avais émise sur l'origine probable de ses souffrances.

Ce médecin explora le canal et constata l'existence d'un rétrécissement qui se refusait au passage de la plus petite bougie.

Convaincu dès lors que cette lésion était la cause de tous les symptômes accusés par la maladie il proposa à son client de s'attaquer au rétrécissement de l'urèthre par les caustiques, méthode curative dont il a une grande expérience et qu'il a souvent l'occasion de mettre en pratique sur les marins de notre flotte.

La première cautérisation produisit des douleurs, de l'irritation et du ténésme vésical, tous phénomènes qui ne tardèrent pas à s'apaiser.

Deux rétrécissements furent guéris, la surexcitation nerveuse disparut, l'agitation nocturne se calma et fit place à un sommeil régulier, l'appétit revint, et le malade qui avait toujours été d'une constitution sèche et maigre, commença à prendre de l'embonpoint.

Depuis cette époque, il n'a plus éprouvé de récurrence de sciatique.

OBS. 55. — *Vaginite blennorrhagique. — Arthropathie du genou. — Douleurs et hyperesthésie dans les membres inférieurs, atrophie des muscles de la cuisse et de la jambe. — Eschare sacrée* (SPILLMANN et HAUSHALTER).

M..., 26 ans, réglée à 11 ans. Fièvre typhoïde à 15 ans. Tempérament nerveux, a eu 3 enfants : les deux premiers sont morts en bas âge ; le troisième est atteint de paralysie infantile. Enceinte depuis le milieu de février 1883.

Pendant les premiers six mois de la grossesse, rien d'anormal.

Depuis le commencement d'octobre, elle a des pertes qui tachent le linge en jaune soufre.

Depuis la même époque elle est abandonnée par son mari qui, dit-elle, avait une conduite irrégulière. Trois semaines après l'apparition de ces pertes, surviennent des douleurs dans l'articulation du coude, du poignet et des épaules, sans gonflement des jointures.

Cette douleur n'a duré qu'un jour. Le lendemain, ont apparu les douleurs dans les genoux et les articulations du pied, douleurs qui, accompagnées de gonflement, persistaient à l'entrée de la malade au service.

C'est à ce moment qu'elle accouche normalement d'un enfant bien conformé qui vit 48 heures. L'accouchée passe 15 jours chez elle, en

proie à des douleurs atroces dans les membres inférieurs et les articulations des genoux et des pieds ; elle arrive à la clinique le 30 octobre 1889.

Etat actuel. — Femme très pâle, anémiée, amaigrie. Aspect cachectique. Grande surexcitation nerveuse. Insomnie. Anorexie. Pas de fièvre. Appareils circulatoire et respiratoire normaux.

Eschare sacrée assez profonde, grande comme la main. Le genou gauche, tuméfié, globuleux, renferme du liquide : le genou et la jambe gauche sont le siège de douleurs telles qu'on ne peut imprimer aucun mouvement à la malade ; la pression des masses musculaires de la jambe exaspère la douleur.

Il existe encore un écoulement vaginal blanc jaunâtre dans lequel au milieu d'innombrables microbes, il est difficile de déceler les gonocoques.

10 novembre. — Le gonflement du genou persiste. La douleur a légèrement diminué, mais les mouvements sont toujours impossibles. La plaie du sacrum, pausée au sublimé, commence à bourgeonner, l'état général de la malade s'améliore un peu.

Le gonflement et la douleur du genou persistent pendant tout le mois de novembre, ainsi que la douleur dans le membre inférieur gauche ; la moindre pression à la surface du membre provoque des cris ; il n'existe pas de troubles de la sensibilité objective.

Dans les premiers jours de décembre la malade se plaint de douleurs lancinantes aiguës dans la continuité des deux jambes, surtout à la droite. Fourmillements. Elle peut à peine supporter le drap dont la pression exaspère la douleur. Les deux jambes sont le siège d'un œdème blanc.

Le 11 décembre. — La malade est toujours très pâle et très amaigrie ; cependant elle s'alimente un peu.

Selles normales. Pas d'albumine dans les urines. Respiration et circulation normales. Le genou gauche contient toujours du liquide, mais est à peine douloureux. Les deux membres inférieurs sont toujours le siège dans leur continuité, de douleurs que la malade compare à des piqures, surtout dans les pieds. Ces douleurs ne sont plus exagérées par la pression des masses musculaires, des troncs nerveux ou vascu-

laïres. Aucun trouble objectif de la sensibilité à la piqure, au tact, etc.

Conservation des réflexes rotuliens.

La malade élève avec beaucoup de peine, mais sans douleur, les jambes au-dessus du plan du lit ; elle peut à peine soulever la jambe gauche : pendant le mouvement les membres sont animés de légers tremblements. La douleur des genoux permet difficilement d'explorer les réflexes.

L'œdème des membres inférieurs ne permet pas de constater s'il existe de l'atrophie des muscles. La peau est sèche, squameuse, anserine.

Le 26. — La malade a été prise d'une crise nerveuse convulsive.

Le 1^{er} janvier. — L'œdème des membres inférieurs a diminué. Le genou gauche ne contient plus de liquide. On constate une atrophie énorme des masses musculaires des membres inférieurs.

Le 10. — L'eschare est cicatrisée, sauf sur un petit espace encore bourgeonnant. Les douleurs ont considérablement diminué dans les membres inférieurs. Les muscles reprennent un peu de volume. La peau a recouvré son état normal. L'amélioration progresse, mais très lentement, dans les mois de janvier et février.

Le 23. — En voulant se lever la malade constate qu'elle ne peut mouvoir la cuisse gauche sur le bassin ; jusqu'alors aucune douleur ne s'était montrée spontanément dans la hanche.

La pression du grand trochanter est douloureuse. La malade étant couchée au lit, on remarque un léger raccourcissement de la jambe gauche et de l'ensellure lombaire. Le bassin suit à gauche les mouvements passifs imprimés à la cuisse. Il est probable que l'arthrite de la hanche s'était développée insidieusement depuis quelque temps. Cependant la malade parvient à marcher un peu à l'aide de 2 chaises. Durant l'été, les douleurs disparaissent mais l'ankylose du genou gauche et de la hanche se confirme ; la sensibilité est intacte ; les réflexes normaux ; les muscles sont encore un peu atrophiés, se contractent bien ; mais, en raison de l'ankylose du genou, la malade est obligée de marcher à petits pas en traînant un peu les pieds. Le traitement employé jusqu'à ce moment avait consisté en révulsifs sur les articulations malades, en massage sur les articulations et électrisation des

muscles, plus un traitement général. Injections vaginales antiseptiques.

Au mois de juin, la malade part pour les eaux de Plombières.

OBS. 56.— *Vaginite blennorrhagique. — Arthropathie des genoux ; douleurs lancinantes dans les membres inférieurs. — Hyperesthésie. — Paraplégie. — Atrophie musculaire. — Eschare sacrée. — Guérison* (SPILLMANN et HAUSHALTER).

Noémie A..., 29 ans, lingère. Père et mère morts de maladies aiguës. Fièvre typhoïde à 11 ans. A toujours été bien réglée. Fausse couche de 5 mois il y a un an. Devient enceinte en février 1889. En septembre, elle s'aperçoit que son mari avait une blennorrhagie. Vers le 20 octobre, elle commence à perdre en jaune. Le 28 octobre elle éprouve des douleurs dans les mollets. Le 30, douleur et gonflement du genou droit. Deux jours après, douleur dans le genou gauche ; en même temps la malade éprouve dans la continuité des membres inférieurs, dans les jambes et les cuisses, des douleurs spontanées, lancinantes telles qu'on ne peut les remuer dans son lit : la pression des masses musculaires de la cuisse et de la jambe est horriblement douloureuse ; le poids des couvertures peut à peine être supporté.

Le 10 novembre. — Accouchement normal d'un enfant vivant et bien constitué. Elle reste dans le service de la maternité jusqu'au 10 décembre. Durant cette période l'état des membres inférieurs reste le même. Entre à la clinique le 10 décembre.

Etat actuel. — Femme bien constituée, très amaigrie. Léger état fébrile ; la température oscille aux environs de 38°. Pas d'appétit. Langue blanche, haleine fétide. Météorisme abdominal. Selles régulières. Appareils circulatoire et respiratoire normaux. Ecoulement vaginal jaune épais.

Les deux genoux, surtout le droit, sont volumineux, globuleux. La circonférence au milieu de la rotule est de 37 centimètres. Peu de liquide dans l'articulation.

L'augmentation de volume semble tenir surtout à l'épaississement des tissus péri-articulaires. Le palper du genou est excessivement dou-

loureux, et les douleurs sont telles que la malade s'oppose par les cris à tout mouvement passif de l'articulation.

Les articulations de la hanche et du pied sont indemnes. Le pied droit est tourné en dehors ; la jambe repose, par sa face externe sur le plan du lit. La malade conserve cette situation depuis des semaines pour atténuer la douleur de l'articulation du genou.

Les muscles des cuisses et des mollets sont considérablement atrophiés. La masse des cuisses est constituée en grande partie par le tissu cellulo-adipeux infiltré ; la cuisse s'étale sur le lit comme une outre vide. La circonférence des mollets est de 25 centimètres à la partie moyenne. La peau du membre inférieur est sèche, squameuse, rugueuse ; les follicules pileux sont saillants et forment des petits cônes durs ; les réflexes ne peuvent être explorés en raison de la douleur des genoux. La malade éprouve dans la continuité des membres des douleurs vives, lancinantes et des picotements insupportables dans les pieds, mais les masses musculaires ne sont plus douloureuses à la pression comme elles l'étaient quelque temps après l'accouchement.

La sensibilité de la piqure au tact et à la température est conservée. Intégrité des sphincters. A la partie moyenne du sacrum petite eschare profonde, dont le développement très rapide remonte à quelques jours.

Durant tout le mois de décembre l'état reste stationnaire, la température oscille entre 37° et 38° ou 38°5 le soir. L'état des membres inférieurs ne se modifie pas. L'eschare sacrée, malgré un matelas à eau, a grandi et s'est creusée ; elle a le diamètre de la paume de la main.

Le traitement employé consiste en analgésiques à l'intérieur et révulsifs sur les articulations des genoux.

Le 11 janvier. — La malade est prise d'un frisson ; un érysipèle se développe autour de l'eschare et dure quatre à cinq jours.

Durant le mois de janvier l'état général s'améliore : l'eschare se cicatrise. Les douleurs s'amendent un peu dans les genoux ; cependant aucun mouvement n'est encore possible et la malade ne peut encore s'asseoir sur son lit.

9 février. — Apyrexie complète. L'appétit renaît. Digestions bonnes. L'eschare sacrée est cicatrisée. La malade continue à perdre en

blanc jaunâtre ; mais cet écoulement semble résulter plutôt d'une vulvite que d'une vaginite.

Les douleurs spontanées ont disparu dans les membres inférieurs sauf peut-être dans le genou droit.

La pression des genoux continue à être douloureuse, surtout à droite.

Les deux genoux sont volumineux.

La partie antérieure fait une forte saillie en avant. Pas de liquide dans l'articulation.

L'augmentation de l'articulation tient à l'épaisseur du tissu péri-articulaire et des extrémités osseuses. Ankylose presque complète des deux genoux. Les mouvements passifs sont très limités. Les articulations du pied sont libres, ainsi que celles de la hanche, mais la flexion de la hanche est très difficile à cause de la douleur qu'elle provoque dans le genou. La circonférence du genou gauche est de 33 centimètres, celle du droit de 35 centimètres. Les muscles sont toujours atrophiés, surtout à la partie antérieure de la cuisse. La circonférence des cuisses est de 30 centimètres, celle du mollet de 35 centimètres.

La malade soulève avec peine la jambe au-dessus du plan du lit ; le membre est animé de petites secousses pendant le mouvement.

La peau est toujours sèche, et rugueuse. Un peu d'œdème au niveau de la crête du tibia.

Durant le mois de mars, l'amélioration progresse ; la peau reprend son aspect normal.

Au début d'avril, la malade commence à faire quelques pas en s'aidant de deux chaises.

A la fin du mois elle arrive à marcher sans aide, à petits pas et sans plier les genoux.

Au commencement de mai, les douleurs spontanées ont disparu dans les membres inférieurs. Seule, la pression forte des genoux est encore un peu douloureuse. Les genoux sont très augmentés de volume, surtout à la partie antérieure. Ankylose presque complète, mouvements passifs très limités, douloureux, accompagnés de craquement. Les muscles sont toujours très atrophiés surtout dans la région péri-articulaire. La circonférence des cuisses est de 35 centimètres ; celle des jambes de

25 centimètres : la malade lève facilement les jambes au-dessus du plan du lit et sans trembler ; la sensibilité est intacte, les réflexes sont normaux.

On a administré à cette malade des reconstituants ; dans les derniers mois, elle a été massée régulièrement. Elle est partie pour Plombières dès la fin du mois de mai. Elle est revenue de cette station thermale très améliorée.

Les muscles ont repris leur volume presque anormal.

L'ankylose des genoux persiste.

Obs. 57. — *Blennorrhagie. — Arthrites multiples. — Paraplégie et douleurs violentes des membres inférieurs. — Absence des réflexes. — Douleurs lombaires. — Guérison* (RAYNAUD, in thèse SOUPLET).

C. A..., 24 ans, entre le 29 novembre 1887 dans le service de M. le Dr Giny.

Ni syphilis, ni éthylisme.

Première blennorrhagie, il y a trois ans qui a duré un mois et pendant laquelle le malade a ressenti une douleur à l'articulation tibio-tarsienne gauche.

En novembre 1887, il contracte sa seconde blennorrhagie. Trois semaines après, des douleurs se manifestent à la même articulation que la première fois, et le genou gauche se prend.

On constate : écoulement de médiocre intensité, douleurs modérées en urinant, genou et cou-de-pied gauches empâtés.

Le 1^{er} décembre. — Le genou droit se prend puis le bras et le pied droits.

Albumine dans les urines.

15 janvier 1888. — Les douleurs persistent avec la même intensité, malgré le traitement.

Le 20. — L'articulation du maxillaire inférieur se prend, impossibilité pendant un mois d'ouvrir la bouche.

Le 15 février. — Le malade se lève avec difficulté, grande faiblesse.

L'écoulement a cessé depuis un mois ; l'appétit revient, alors que pendant la période aiguë il avait disparu.

Le 1^{er} mars. — Vives douleurs à la région sacrée.

Le décubitus dorsal étant trop douloureux, le malade demande un rond qui le soulage. On est obligé de l'aider pour le faire asseoir. En même temps, légère élévation de la température. Les articulations guérissent à mesure que d'autres se prennent.

Paraplégie, sensibilité conservée. De subites douleurs dans les genoux (sans arthrite), et dans les jambes. Il semble au malade qu'on lui déchire les chairs. Il a maigri de 22 kilogrammes. Rien au cœur. En mettant les pieds à terre le malade ressent dans les talons la sensation qu'il éprouverait, dit-il, en marchant sur des aiguilles. Réflexes diminués. Pointes de feu sur la colonne vertébrale.

Le 15 mai. — Situation toujours la même. Déjà 20 vésicatoires volants ont été appliqués sur les articulations. Le malade essaie de se lever avec des béquilles ; il marche trainant les pieds, plié en deux ; puis les douleurs se réveillent il doit s'arrêter.

Le 15 juin. — Nouvelle poussée de rhumatisme. Réflexes patellaires à peu près abolis. Douleurs à la pression au niveau du renflement lombaire. Fourmillements et tremblements dans les membres inférieurs. Engourdissement des jambes. Sensibilité conservée. Rien au cœur. Douleurs généralisées, s'irradiant de la moelle à l'extrémité des quatre membres. Le bras gauche est paralysé, engourdi, tuméfié. Jamais de paralysie aux sphincters ; pas de douleurs en ceinture.

Salicylate, antipyrine, bromhydrate de quinine, santal, iodure, eau de Vichy, régime lacté, injection hypodermique de salol, vésicatoires, pointes de feu, bains sulfureux, bains de vapeur, etc., rien ne peut améliorer la situation.

Le 1^{er} juillet. — Presque subitement une grande amélioration se produit. Le malade se lève avec des béquilles.

Le 16 octobre. — Les accidents du côté de la moelle ont disparu. Il ne reste plus du rhumatisme qu'un craquement dans les articulations atteintes et une sensibilité très vive dans les faux mouvements de l'articulation tibio-tarsienne droite. On essaie de tout pour combattre cette arthrite, même le massage.

Plus d'albumine, plus d'écoulement.

Le 9 janvier 1889. — Les phénomènes généraux ont disparu. Encore une douleur fixe au ligament latéral externe de l'articulation tibio-tarsienne droite. Les courants électriques continus n'amènent aucun résultat. Des fourmillements très forts persistent toutes les nuits ; depuis les genoux jusqu'aux pieds. Les réflexes sont revenus.

Fin février. — Le malade sort bien amélioré sans aucun symptôme nerveux. L'articulation tibio-tarsienne est toujours douloureuse et enflammée.

OBS. 58. — *Névrite optique d'origine blennorrhagique*

(Leçon du professeur PANAS, *Presse médicale*, 23 février 1895).

Homme de 26 ans, atteint depuis plusieurs années d'une blennorrhagie chronique. En même temps qu'une névralgie sciatique double survenant périodiquement, s'accompagnant de troubles vésicaux, de douleurs lombaires, depuis un an sont survenus des troubles graves du côté des yeux. L'œil droit est amblyope, son champ visuel est rétréci, il présente en outre un scotome à la partie inférieure et interne ; sens chromatique conservé, réaction normale de la pupille à la lumière.

L'examen ophtalmoscopique dénote une papillo-rétinite simple. Du côté gauche, l'œil, en apparence normal, est reconnu à l'ophtalmoscope comme le siège d'une lésion analogue à celle du côté opposé, mais à un degré beaucoup moindre. Pour M. Panas l'agent toxique du gonocoque a déterminé une double lésion : une dans l'extrémité inférieure de la moelle qui a retenti sur les nerfs sciatiques, et l'autre sur le nerf optique, qui, parmi les organes de l'œil, seul est pris, absolument comme dans les névrites dites descendantes ou périnévrites d'origine périphérique.

OBS. 60 (Résumée). — *Complication rare de la blennorrhagie* (FISCHER, *Prag. Med. Wochenschrift*, analysée in *Semaine médic.*, 1891, page 200).

B... S... 24 ans, commis-voyageur, attrape la blennorrhagie le 20 décembre 1890.

Le 11 janvier 1891 survient une épididymite gauche avec fièvre assez intense.

Le 15. — Le malade, dont la fièvre variait entre 39°2 et 39°5, se plaint de céphalée violente et de sifflement dans les deux oreilles ;

Le 16. — Le sifflement a beaucoup augmenté, en même temps le malade est presque complètement sourd des deux côtés. La perception osseuse des sens est conservée ; il n'y a aucune cause visible pouvant provoquer subitement une surdité aussi considérable.

Fischel, d'accord avec le professeur Habermann pense qu'il s'agit, d'une affection des branches labyrinthiques du nerf auditif, affection qu'il rattache à la blennorrhagie et à l'épididymite.

Sous l'influence de badigeonnages de teinture d'iode sur l'apophyse mastoïde et d'une sudation abondante, la surdité s'amenda, au point que, au bout de cinq jours, le malade pouvait entendre la voix parlée à une distance de 5 mètres et n'était plus incommodé que par un léger sifflement dans l'oreille gauche... L'auteur propose pour ces accidents, l'explication suivante : troubles labyrinthiques vaso-moteurs ou trophiques d'origine réflexe et dont le point de départ doit être cherché dans une irritation des nerfs des organes génitaux.

Avec P. Raymond (1) nous croyons qu'il s'agit plutôt de névrite relevant de l'infection blennorrhagique.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 5 sept. 1891, p. 963.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

(Lire : article blennorrhagie dans les traités classiques.)

- Agasson.** — Thèse de Paris, 1842, *Diagnostic et pronostic de la névralgie sciatique*.
- Amaral (D.).** — *Rhumatisme blennorrhagique. Arthropathies graves avec amyotrophies*. Thèse de Paris, 1890-91.
- Andret.** — *Des manifestations cutanées de la blennorrhagie*. Thèse de Paris, 1884.
- Babinsky.** — Des névrites. *Gazette hebdomadaire* 1890.
— *Traité de médecine*, tome VI.
- Baillarger.** — *Recherches sur les maladies mentales*, Paris, 1887, t. 1^{er}.
- Bailly.** — *Essai sur la névralgie fémoro-poplitée*. Thèse de Paris, 1803.
- Ballet.** — Des déterminations cutanées de la blennorrhagie. *Revue de médecine*, 1885
— *Leçons de clinique médicale*, 1897.
- Balzer.** — Erythème infectieux au cours d'une blennorrhagie. *Gazette médicale de Paris*, 28 juin 1884.
- Balzer et Lacour.** — Uréthro-cystite blennorrhagique compliquée d'emblée de purpura infectieux très grave. *Soc. franç. de dermat.*, 3 août 1894.
- Barrié.** — *Contribution à l'étude de la méningo-myélite blennorrhagique*. Thèse de Paris, 1894.
- Bergeron.** — *Dermopathies blennorrhagiques*. Thèse de Paris, 1894.
- Bonnet.** — *Des complications cérébrales du rhumatisme blennorrhagique*. Thèse de Paris, 1877.
- Bosc.** — *Le gonocoque, bactériologie, clinique, médecine légale*. Thèse de Montpellier, 1893.
- Bréton.** — Des phénomènes généraux dans le cours de la blennorrhagie. *J. de mal. cut. et syph.*, 1894, p. 723.
- Brisson.** — *Sciatique blennorrhagique*. Thèse de Paris, 1883.
- Br. Séguard.** — *Leçons sur le diagnostic et traitement des principales formes de paralysie des membres inférieurs*. Paris, 1864.
- Casarini.** — Neurasthénie urinaire. *Riforma medica*, 1^{er} décembre 1895.

- Charcot.** — *Polyclinique du mardi*. Juillet, 1888, p. 505.
- Chravrier et Fevrier.** — *Revue de médecine*, 1888, p. 1020.
- Cipriani.** — Myélite par infect. blennorrh., *Rev. clin. et thérap.*, mars 1896.
- Coutagne.** — *Annales de dermatologie*, 1870, p. 303.
- Cross.** — *Contribution à l'étude des localis. de la blennorrh. sur les nerfs périphériques*. Thèse de Montpellier, 1893.
- Christmass.** — *Contribution à l'étude du gonocoque et sa toxine. Annales de l'Institut Pasteur*, août 1897, p. 609.
- Cullerier.** — *Des affections blennorrhagiques*. Thèse de Paris, 1861.
- Dufour.** — Thèse de Paris, 1889.
- Esquirol.** — *Traité*, t. 1^{er}.
- Etienne.** — Les paraplégies urinaires. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1888.
- Everard Home.** — *Practical observations on the treatment of strictures in the urethra*, 1803.
- Finger.** — *Die blennorrhagie der sexualorgane und ihre complicationen*, 1896, p. 370.
- Fischel.** — *Prager med. Wochenschrift*, 1891.
- Fournier.** — *Union médicale*, 1868, p. 754, 782, 791.
- *Annales de dermat. et syphiligr.*, 1869, p. 319.
- *Gazette des hôpitaux*, 31 décembre 1885.
- *Annales de dermat. et syphiligr.*, 1892, p. 697.
- Frague.** — *De la conjunct. blennorrh. séro-vascul.* Thèse de Paris, 1888.
- Frenkel.** — *Berl. klin. Wochensch.*, 23 août 1886.
- Fuerbringer.** — Blennorrhagie aiguë et méningite cérébro-spinale mortelle. *Deut. med. Woch.*, 2 juillet 1896.
- Gaucher (F.).** — *Des déformations persistantes irréductibles des pieds dans les par. alcool.* Thèse de Paris, 1897.
- Gilles de la Tourette et Gasne.** — Paraplégie avec incontinence des urines et des matières fécales dans les névrites alcooliques. *Soc. méd. des hôpitaux*, 1897, p. 1424.
- Gilles de la Tourette.** — *Traité de l'hystérie*.
- Guiard.** — *Complications générales de la blennorrhagie chez l'homme*, 1898.
- Gull.** — *Medic. chirurg. Transact.*, 1856.
- Hayem et Parmentier.** — Manifestations spinales de la blennorrhagie. *Revue de Médecine*, 1888, p. 433.
- Jacquet.** — *Annales de dermatol. et de syphiligr.*, 1892, p. 681.
- *Troubles trophiques de la blennorrh.* *Soc. méd.*, 28 janvier 1897.
- Jeanselme.** — *Troubles troph. de la blennorrh.* *Annales de dermatologie*, VI, 1895 et *Presse méd.*, 1895, p. 513.

- Julien.** — *Traité pratique des maladies vénériennes*, p. 256.
- Klippel.** — Erythèmes blennorrh. *Annales médico-chir.*, 1895, p. 290.
- Lago.** — *La sciatique double*. Thèse de Paris, 1897.
- Landouzy.** — *Clinique de la Charité*, 1882.
- Le Roy d'Etioles.** — *Des paralysies des membres inférieurs ou paraplégies*. Paris, 1856.
- Lewin.** — Péliose et chorée gonorrhéique. *Soc. de Méd. int. de Berlin*, 17 décembre 1894.
- Lévy (E.).** — *Accidents nerveux au cours d'arthropathies blennorrh.* Thèse de Paris, 1897.
- Leyden.** — *Traité clinique des maladies de la moelle épinière*, 1879.
- *Zeitschrift für klin. Medicin.*, 1882, t. IV, p. 3.
- *Semaine médicale*, 1892, p. 81.
- *Zeitsch. für klin. Med.*, 1893, t. XXI, p. 607 (uber. gonor. myélites).
- Lipski.** — *Des compl. oculaires métast. de la blennorrh.*
- Litten.** — *Soc. de médecine*, De la péliose et de la chorée blenn. *Berl. Woch.*, 8 avril 1896.
- Macalester.** — Désordres nerveux chez les individus atteints de blennorrhagie. *Medical Record*, 1^{er} décembre 1895.
- Macario.** — *Union médicale*, 1859, p. 276.
- Madon.** — *Des névralgies blennorrhagiques*. Thèse de Bordeaux, 1892.
- Mathieu.** — *La neurasthénie* (Bibl. Charcot-Debove), 1892, p. 107.
- Mauriac.** — *Névralgies réflexes symptomatiques d'orchite blennorrhagique*, 1870.
- Mesnet.** — *Contribution à l'étude de la blennorrhagie infectieuse*. Thèse de Paris, 1884.
- Millet.** — *Pied plat valgus douloureux d'origine blennorrh.* Thèse de Paris, 1896.
- Molènes-Mahon.** — *De l'érythème polymorphe*. Thèse de Paris, 1884.
- Morax.** — *Compl. ocul. métast. de la blennorrh.* Thèse de Paris, 1894.
- Oudin.** — *Annales de dermat. et syphil.*, 1892, p. 856.
- Patoir.** — *Infect. blennorrh., accidents généraux et manifestation à distance*. Thèse de Lille.
- Panas.** — *Semaine médicale*, 1890, p. 476.
- *Presse médicale*, février 1895.
- Perrin.** — Déterminations cutanées de la blennorrh. *Annales de dermat. et syphil.*, 1890, p. 773.
- Peter.** — *Soc. méd. des hôpitaux*, 1866.
- Pidoux.** — *Soc. méd. des hôpitaux*, 1866.
- Phulpin.** — *La sciatique en particulier*. Thèse de Paris, 1895.

- Pitres.** — Accid. cérébraux au cours de la blennorrh. *Revue de méd.*, p. 230 et 243.
- Pitruzella.** — Purpura à streptocoques au cours d'une blennorrhagie et dans la convalescence d'une pneumonie. *Bull. médical*, 1875, p. 260.
- Polozoff.** — *Roussk. medyk.*, p. 264, n° 17.
- Pombrack.** — Sur un cas de paral. d'orig. blennorrh. *Wrath.*, 1893, n° 4.
- Pompeani.** — *Toxine et antitoxine du gonocoque*. Thèse de Paris, 1897.
- F. Raymond.** — Recherches expérimentales sur la pathogénie des atrophies musculaires consécutives aux arthrites traumatiques. *Revue de méd.*, 1890, p. 374.
- *Gazette médicale de Paris*, 1891, n° 1.
- P. Raymond.** — Complications nerveuses de la blenn. *Revue génér. Gaz. des hôpitaux*, 1891, p. 557.
- Raynaud (G.).** — Contribution à l'étude des lésions péri-artic. d'origine blennorrh. Thèse de Paris, 1895.
- Raynaud (L.).** — Manifest. cutanées dans la blenn. *Annales de dermat. et de syphil.*, 1891, p. 213.
- Manifest. spinales et névroses dans la blenn. *Revue de médecine*, 1892, p. 183.
- Rendu.** — *Gazette des hôpitaux*, 1889, n° 97.
- *Leçons de clinique médicale*, t. II, p. 317.
- Robert.** — Troubles trophiques cutanés de la blennorrh. Thèse de Paris, 1897.
- Rochet.** — *Congrès français de chirurgie*, 1891, p. 529.
- Sée.** — *Le gonocoque*. Thèse de Paris, 1896.
- Selle.** — *Medicu clinica*, 1781.
- Souplet.** — *La blennorrhagie maladie générale*. Thèse de Paris, 1893.
- Spéranski.** — Un cas d'affection nerveuse dans la blennorrhagie. *Revue de Neurol.*, 1893, p. 402.
- Spilmann et Haushalter.** — *Revue de méd.*, 1891, p. 651.
- Stanley.** — *Medic. chir. Transact.*, t. XVII, p. 260, 1833.
- Stéfanini.** — *Giornale ital. dell mal. venere*, 1884, p. 46.
- Stiénon.** — *Journ. de méd. de Bruxelles*, 1892, p. 145.
- Talamon.** — *Revue de médecine*, 1878, p. 58-136 et 195.
- Terson.** — *Annales de dermat. et de syphil.*, 1893.
- Tambourer.** — *Soc. de neurol. et psych. de Moscou*, 21 janvier 1894.
- Tehy.** — Thèse de Paris, 1821.
- Tixier.** — *Considérat. sur les accidents à forme rhumat. de la blennorrh.* Thèse de Paris, 1866.
- Tournillac Bérenger.** — *Essai sur la névralgie fémoro-popl.* Thèse de Paris, 1884.

Trapeznikow. — *Vratch*, 1891, p. 22.

Ultzmann. — *Névroses des organes génito-urin.*, trad. par PICARD, Paris, 1883.

Venturi. — *Riforma medica*, 24 avril 1894, p. 243.

Vulpian. — *Maladies du syst. nerveux*, II et III (vingt-cinquième leçon). Paris, 1879 et 1886.

Wertheim. — La discussion sur la blennorrhagie au Congrès de Francofort. *Centr. für gynec.*, 28 novembre 1896 et 16 janvier 1897.

Vu :

Le Président de la thèse,
FOURNIER.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thavenot, successeur, Saint-Dizier
